

Aus der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin

Ludwig-Maximilians-Universität München

Direktorin: Prof. Dr. med. Claudia Bausewein

**Spiritual Care und
ehrenamtliche Hospizbegleitung:
Entwicklung und Evaluierung
eines Schulungskonzepts**

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Margit Gratz

aus Gangkofen im Rottal

2017

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. theol. Traugott Roser

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. Claudia Bausewein

Priv. Doz. Dr. med. Marcus Schlemmer

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 6. Februar 2017

Inhalt

1. Einleitung.....	8
1.1. Spiritualität im Gesundheitswesen in der historischen Betrachtung.....	10
1.1.1. Historische Einheit und Trennung von Spiritualität und Medizin	10
1.1.2. Historische Zusammenführung von Spiritualität und Medizin.....	11
1.2. Spiritualität in Schulung und Qualifizierung	14
1.3. Wissenschaftliche, gesetzliche und verbandspolitische Auseinandersetzung mit Spiritualität im Gesundheitswesen	17
1.3.1. Forschung und ihr Beitrag zur Spiritualität in den Gesundheitswissenschaften.....	17
1.3.2. Politik und ihr Beitrag zur Spiritualität in Hospizarbeit und Palliative Care	18
1.3.3. Fachgesellschaften und -verbände und ihre Sicht auf Spiritualität.....	19
1.4. Spiritualität in der Medizin und das multiprofessionelle Team	20
1.5. Begleitungsrealität ehrenamtlicher Hospizarbeit.....	22
1.5.1. Faktische Rahmenbedingungen von außen.....	22
1.5.2. Notwendige Klärungen nach innen	23
 2. Begriffsbetrachtungen, Spiritual Care in der Fachliteratur und Implikationen für Hospizarbeit.....	 25
2.1. Begriffliche Entwicklungen und Betrachtungen.....	25
2.1.1. Spiritualität	25
2.1.2. Religion	27
2.1.3. Religiosität.....	28
2.1.4. Glaube	28
2.1.5. Spiritual Care	29
2.2. Spiritual Care in der gegenwärtigen Fachliteratur.....	30
2.2.1. Spiritual Care bei Erhard Weiher.....	30
2.2.2. Spiritual Care bei Birgit und Andreas Heller.....	33
2.2.3. Spiritual Care bei Doris Nauer.....	36

2.2.4. Spiritual Care bei Michael Klessmann.....	38
2.2.5. Zusammenfassende Einschätzung	41
2.3. Implikationen für ehrenamtliche Hospizarbeit	42
3. Forschungsziel.....	43
3.1. Stufe I: Spiritual-Care-Schulungspraxis in Deutschland	44
3.2. Stufe II: Schulungsziele und -inhalte zur Entwicklung eines Spiritual-Care-Schulungskonzepts.....	44
3.3. Stufe III: Evaluierung des Spiritual-Care-Schulungskonzepts.....	45
4. Methodische Umsetzung	46
4.1. Stufe I: Spiritual-Care-Schulungspraxis in Deutschland	47
4.2. Stufe II: Schulungsziele und -inhalte zur Entwicklung eines Spiritual-Care-Schulungskonzepts.....	48
4.3. Stufe III: Evaluierung des Spiritual-Care-Schulungskonzepts.....	50
5. Ergebnisse.....	52
5.1. Stufe I: Spiritual-Care-Schulungspraxis in Deutschland	52
5.1.1. Demographische Daten der teilnehmenden Dienste.....	52
5.1.2. Spiritualität	56
5.1.3. Spiritual Care in der Arbeit der Hospizbegleiter	60
5.1.4. Fortbildung für aktive / erfahrene Hospizbegleiter.....	60
5.1.5. Konfessionsgebundene Trägerschaft.....	60
5.1.6. Vernetzung mit Seelsorge	61
5.2. Stufe II: Schulungsziele und -inhalte zur Entwicklung eines Spiritual-Care-Schulungskonzepts.....	64
5.2.1. Demographische Daten der Interviewteilnehmer	64
5.2.2. Unterrichtsziele	65
5.2.3. Schulungsthemen und Kompetenzen in Spiritual Care bei Hospizbegleitern	67
5.2.3.1. Wissen	68

5.2.3.2. Fertigkeiten	70
5.2.3.3. Haltung.....	73
5.2.4. Curriculum Version 1: Entwicklung eines Curriculums zur Spiritual-Care-Schulung von Hospizbegleitern.....	76
5.3. Stufe III: Evaluierung des Spiritual-Care-Schulungskonzepts.....	80
5.3.1. Teilnehmerstruktur	80
5.3.2. Unterrichtsinhalt	81
5.3.3. Unterrichtsumfang.....	82
5.3.4. Unterrichtsmethoden.....	83
5.3.5. Unterrichtsziele	84
5.3.6. Gesamtbeurteilung des Testlaufs.....	88
5.3.7. Curriculum Version 2: Weiterentwicklung des Curriculums zur Spiritual-Care-Schulung von Hospizbegleitern.....	89

6. Diskussion..... 94

6.1. Stufe I: Spiritual-Care-Schulungspraxis in Deutschland	94
6.1.1. Demographische Daten der teilnehmenden Dienste.....	94
6.1.2. Spiritualität	96
6.1.3. Spiritual Care in der Arbeit der Hospizbegleiter	103
6.1.4. Fortbildung für aktive / erfahrene Hospizbegleiter.....	105
6.1.5. Konfessionsgebundene Trägerschaft.....	107
6.1.6. Vernetzung mit Seelsorge.....	108
6.2. Stufe II: Schulungsziele und -inhalte zur Entwicklung eines Spiritual- Care-Schulungskonzepts.....	111
6.2.1. Demographische Daten der Interviewteilnehmer	111
6.2.2. Bestimmung von Unterrichtszielen.....	112
6.2.3. Schulungsthemen und Kompetenzen in Spiritual Care bei Hospizbegleitern	114
6.2.3.1. Wissen	115
6.2.3.2. Fertigkeiten	119
6.2.3.3. Haltung.....	122

6.3.	Stufe III: Evaluierung des Spiritual-Care-Schulungskonzepts.....	126
6.3.1.	Teilnehmerstruktur	126
6.3.2.	Unterrichtsinhalte	126
6.3.3.	Unterrichtsumfang.....	127
6.3.4.	Unterrichtsmethoden.....	127
6.3.5.	Unterrichtsziele	128
6.3.6.	Gesamtbeurteilung des Testlaufs.....	131
6.4.	Konsequenzen und weitere Fragestellungen aus dem dreistufigen Forschungsprozess	133
6.4.1.	Entwicklung einer Definition von Spiritualität und Erwartungen an die Hospizbegleiter.....	133
6.4.2.	Qualifikation der Referenten.....	133
6.4.3.	Abgrenzung zur Seelsorge und Einbindung von Seelsorge	134
6.4.4.	Zeitliche Rahmenbedingungen der Schulung Spiritual Care	138
6.4.5.	Methodische Ausarbeitung.....	139
6.4.6.	Chancen und Grenzen der Unterrichtsziele	140
7.	Limitationen.....	141
7.1.	Stufe I: Spiritual-Care-Schulungspraxis in Deutschland	141
7.2.	Stufe II: Schulungsziele und -inhalte zur Entwicklung eines Spiritual- Care-Schulungskonzepts.....	141
7.3.	Stufe III: Evaluierung des Spiritual-Care-Schulungskonzepts.....	142
8.	Schlussfolgerungen.....	143
8.1.	Stufe I: Spiritual-Care-Schulungspraxis in Deutschland	143
8.2.	Stufe II: Schulungsziele und -inhalte zur Entwicklung eines Spiritual- Care-Schulungskonzepts.....	144
8.3.	Stufe III: Evaluierung des Spiritual-Care-Schulungskonzepts.....	145
8.4.	Gesamtrésümee	146
8.4.1.	Résümee aus wissenschaftlicher Perspektive	146
8.4.2.	Résümee aus praktischer Perspektive	148

Literaturverzeichnis	150
Anhang: Fragebögen und Interviewleitfaden	168
Stufe I: Fragebogen	168
Stufe II: Interviewleitfaden.....	177
Stufe III: Fragebogen	178
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	186
Glossar	189
Danksagung.....	192
Eidesstattliche Erklärung.....	194

1. Einleitung

„Wissen Sie, ich lebe in der Dreieinigkeit von Gott Vater, Sohn und Heiliger Geist!“ – so ein Mann Ende Sechzig, der auf einer Palliativstation wegen der Symptome seiner fortgeschrittenen Tumorerkrankung behandelt wurde. Er äußerte dies gegenüber einer ehrenamtlichen Hospizbegleiterin bei ihrem ersten Besuch unmittelbar nachdem sie ihn begrüßt und sich vorgestellt hatte. Welche Reaktion, welche Antwort ist angemessen und hilfreich? Direkte Äußerungen zur persönlichen spirituellen bzw. religiösen Situation in der Zeit schwerer Krankheit oder des Sterbens in dieser Art sind selten. In der Regel werden Wünsche und Gedanken, die etwas mit Spiritualität oder Religiosität zu tun haben, weniger direkt, verklausuliert oder gar nicht geäußert. Implizite wie auch explizite Äußerungen und Bezugnahmen zu spirituellen Bedürfnissen und Ressourcen sind eine Herausforderung in der Begleitung und verlangen eine Vorbereitung.

Onkologie, Geriatrie und Neurologie sind neben der Palliativmedizin Beispiele für medizinische Fachdisziplinen, die sich in den vergangenen Jahren intensiv mit der Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen aus der hospizlich-palliativen Perspektive auseinandergesetzt haben. An der Frage, wie sich diese Fachdisziplinen palliativmedizinisch aufstellen müssen, wurde aktiv und erfolgreich gearbeitet. Ein Ergebnis ist beispielsweise die „S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ [Leitlinienprogramm Onkologie 2015]. Für den onkologischen Sektor ist damit konsentiert, dass Schmerztherapie und Symptomkontrolle, psychische, soziale und spirituelle Unterstützung der Betroffenen im ärztlichen Handlungsfeld liegen. Spiritualität hat sich im Gesundheitswesen als beachtenswerter Behandlungsaspekt erwiesen. „Wenn es stimmt, dass sich gerade im health-care-Bereich Praktiken der Subjektivierung und des individuellen Wollens manifestieren, muss auch Spiritualität an dieser Funktionsstelle aufgesucht werden, denn spirituelle Kommunikation scheint dort anzusetzen, wo von Individuen an schwierigen biografischen Entscheidungen Selbstthematisierung verlangt wird – und zwar dort, wo eindeutige Entscheidungskriterien womöglich fehlen“ [Nassehi 2011, S. 36]. In diese schwierigen Lebenssituationen sind verschiedene Professionen wie Mediziner und Pflegende involviert, aber auch ehrenamtliche Hospizbegleitende.

Grundsätzlich können alle ehren- oder hauptamtlich Mitarbeitenden einer Hospiz- oder Palliativeinrichtung, aber auch aller anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens, denen die Sorge um kranke Menschen anvertraut ist, mit spirituellen Nöten konfrontiert werden. Entscheidend ist das Grundverständnis für die Zusammenhänge verschiedener Art von Schmerz sowie die Bereitschaft aller

Berufsgruppen, sich über die Sorge um die physischen Belange hinaus einen ganzheitlichen Blick anzueignen und für spirituelle Äußerungen, Bilder und Motive eine Wahrnehmungskompetenz zu entwickeln [Gamondi et al. 2013b; Hagen und Raischl 2011; Henoch et al. 2015; Klessmann 2013; Koenig 2012].

Spiritualität ist im Gesundheitswesen wie auch darüber hinaus ein gebräuchliches Wort. Es ist im deutschen Sprachgebrauch etabliert, wenngleich auch mit vielschichtigen Assoziationen verbunden, und dennoch wenig konkret und eindeutig beschreibbar. Wie kann etwas begrifflich nicht eindeutig Fassbares wie Spiritualität konkretisiert werden für eine Phase des Lebens, die angstbesetzt und individuell zugleich ist? Wie kann spirituelle Begleitung als Ziel eines Betreuungs- und Behandlungskonzepts operationalisiert werden? Und wie kann dies in einen Schulungskontext überführt werden? Die vorliegende Arbeit konkretisiert dies am Beispiel der Tätigkeit ehrenamtlicher Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter in ambulanten Hospizdiensten (zur begrifflichen Verwendung siehe Glossar).

Diese Konkretion ist maßgeblich geprägt von einer Rückbindung der Forschung an die Praxis an den entscheidenden Stellen des Forschungsprozesses. Sie bedient sich der Vorgehensweisen empirischer Sozialforschung jeweils abhängig von der konkreten Forschungsfrage und vom Praxiskontext. Die Praxis ehrenamtlicher Hospizarbeit ist wenig wissenschaftlich beschrieben. Die Arbeit kommt deshalb dem Forschungsbedarf zur Praxis des Ehrenamtes im Gesundheitswesen nach.

Dass die Lebenszeit schwerer Erkrankung die Spiritualität berührende Momente enthält, mit der ehren- und hauptamtlich Mitarbeitende konfrontiert sind, bestätigt die Forschung. Dass der Umgang mit Spiritualität herausfordert, zeigt die Praxis. Am Ende der Ausführungen wird deutlich sein, dass Spiritualität in der Schulung ehrenamtlicher Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter lehrbar und beschreibbar ist bei gleichzeitiger Beibehaltung des Individuellen.

1.1. Spiritualität im Gesundheitswesen in der historischen Betrachtung

1.1.1. Historische Einheit und Trennung von Spiritualität und Medizin

Die Fokussierung (begleitungsrelevanter) spiritueller Aspekte im ärztlichen Handeln wurde nicht erst im 21. Jahrhundert gefordert und gefördert. „Wenn man angesichts der heutigen Frage nach Verbindungen zwischen Religion und Gesundheit in die Geschichte blickt, muss man die Frage eigentlich als falsch gestellt bezeichnen: Die Einheit von Beidem ist in der Menschheitsgeschichte eher der Normalfall, nicht aber ihre strikte Unterscheidung oder gar Trennung, die dann erst die Frage nach möglichen Beziehungen aufkommen lassen [Bruchhausen 2011, S. 93]. Solange die Medizin nicht über Möglichkeiten verfügte, Krankheiten zu heilen, waren die Gegebenheiten andere. Die Einbindung Geistlicher und damit die Berücksichtigung religiöser Interessen waren integraler Bestandteil des physischen Behandlungs- und Heilungsprozesses. Die Beziehungsgeschichte von (physischem) Heil und (spiritueller) Heilung, die Personalunion von Mediziner und Heiler ist vielschichtig. Ohne diese geschichtlichen Hintergründe näher zu untersuchen gilt es, den Blickwinkel zu korrigieren. Im Fokus steht nicht der Gedanke, etwas Neues in das Gesundheitswesen zu integrieren und eine Zusammenführung von Spiritualität und Medizin (neu) zu begründen. Primär gilt es, um die historisch erfolgte Trennung zu wissen und das Zusammenspiel von Spiritualität und Medizin in die heutige Zeit hinein mit ihrer Versorgungssituation und ihren Versorgungsbedingungen zu übersetzen und für die Betroffenen nutzbar zu machen.

Die medizinischen Entwicklungen haben Heilungsmöglichkeiten und damit eine Tendenz der Medikalisierung mit sich gebracht, so dass weniger die Begleitung als vielmehr die Behandlung vordergründig wurde. „Das 20. Jahrhundert wird bisweilen als das ‚Jahrhundert der Medizin‘ bezeichnet. Die Medizin wurde um eine Fülle von Entdeckungen und Möglichkeiten bereichert“ [Mang 2015, S. 141]. Die Leistungen der Krankenhäuser haben sich enorm entwickelt. Diese sind aber nicht nur zu einem Ort für kranke Menschen mit heilbaren Erkrankungen geworden, sondern auch für kranke Menschen mit unheilbaren bzw. lebensbegrenzenden Erkrankungen, weil es auch für sie Linderungs- und Behandlungsansätze, zumindest Behandlungsversuche gibt. „Das Zimmer des Sterbenden hat den Ort gewechselt und ist aus dem eigenen Heim ins Krankenhaus verlagert worden. Aus technisch-medizinischen Erwägungen ist diese Verlagerung von den Familien gebilligt und durch ihre Mittäterschaft erleichtert und verallgemeinert worden. Das Krankenhaus ist heute der einzige Ort, wo der Tod noch mit Sicherheit einer inzwischen selbst als unschicklich geltenden Öffentlichkeit (oder

dem, was davon geblieben ist) entrinnen kann“ [Ariès 2009, S. 730]. Krankenhäuser als Orte des Behandelns (immer), des Heilens (häufig) und des Sterbens (immer häufiger) verlangen nach neuen Überlegungen, wie die spirituellen bzw. religiösen Facetten, die trotz der Heilungs- und Behandlungsmöglichkeiten durchaus anders, aber nicht überflüssig geworden sind, in den medizinischen Betrieb ihren (heilsamen) Platz finden können.

1.1.2. Historische Zusammenführung von Spiritualität und Medizin

Zu den Anfängen der Hospizbewegung in den 1960er Jahren gehört die Verbesserung der Situation Sterbender ebenso wie die Weiterentwicklung der Schmerztherapie, sodass die Begründerin der Hospizbewegung, Cicely Saunders, „tatsächlich Pionierarbeit im Bereich des Schmerz- und Symptomanagements“ [Pleschberger 2007, S. 26] leistete. Die Arbeiten von Cicely Saunders waren aber nicht begrenzt auf die Behandlung des physischen Schmerzes. Die Beachtung des spirituellen Schmerzes [Holder-Franz 2012] hatte bereits in den 1960er Jahren denselben Stellenwert.

Ein Blick zurück in die Anfänge der Hospiz- und Palliativarbeit in den 1960er Jahren ist lohnend, will man die Diskussion um Spiritualität im Gesundheitswesen in der aktuellen Debatte nicht fälschlich als neue Entwicklung verstehen. Das Ziel der Hospizarbeit, an der Situation sterbender Menschen grundlegend etwas zum Besseren zu verändern, hat christliche Wurzeln. Dabei stand nie im Mittelpunkt, christliche Inhalte zu vermitteln, sondern die christliche Grundhaltung der Nächstenliebe zu verkörpern, was den Respekt vor nicht-christlichen Formen und Traditionen der Spiritualität bzw. Religiosität des anderen bzw. eine offene Grundhaltung [Heller et al. 2012; Heller und Heller 2014; Holder-Franz 2012] mit einschließt. Der Gedanke der religiösen Vereinnahmung stand der Hospizarbeit von Anfang an fern. Vielmehr stand im Vordergrund, die spirituellen Bedürfnisse und Nöte als solche zu erkennen, sie ernst zu nehmen und ihnen auf eine dem Kranken förderliche Weise zu begegnen. Das meinte Dame Cicely Saunders, als sie von Total Pain sprach und die Beachtung nicht nur des physischen, sondern auch des psychischen, sozialen und spirituellen Schmerzes einforderte [Clark 1999; Saunders 2001]. „As early as 1964 the concept of ‚total pain‘ had been described in its full form and was taken to include physical symptoms, mental distress, social problems, and emotional difficulties. The emerging field of terminal care had now been furnished with one of its most important and enduring concepts and at the same time a profound challenge had been issued to the Cartesian

body-mind dualism of modern medical practice” [Clark 2002, S. 9]. Den konfessionsunabhängigen Ansatz drückte sie aus, indem sie in ihrer Wirklichkeit gewordenen Vision – im St. Christopher’s Hospice in London – alle Religionen vertreten haben wollte. Seelsorgliche Begleitung war neben Schmerztherapie von Anfang an fester Bestandteil des Versorgungskonzepts: „Cicely Saunders saw the work as uniting both the best kind of researched medical treatment for pain relief and symptom control, with pastoral care and attention to patients’ and their families’ social, emotional and spiritual needs” [Bradshaw 1996, S. 411].

Diesem Ansatz folgte auch die Entwicklung in Deutschland, wenngleich die Anfänge der Hospizbewegung zögerlich waren. Die ersten Initiativen Anfang der 1970er Jahre haben nicht unmittelbar dazu geführt, dass Hospizarbeit in Deutschland ungehindert entwickelt werden konnte. Die Amtskirchen selbst waren es, die der Entwicklung skeptisch gegenüberstanden und diese mangels realistischer Einschätzung von Chancen und Zielen mehr hinderten als förderten [Heller et al. 2012]. Diese Zurückhaltung konnte weder die Entstehung von ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativeinrichtungen aufhalten noch das Engagement, nach dem Konzept von Total Pain zu lehren und zu arbeiten, verhindern. Die Anerkennung wie auch die Integration von Spiritualität in den medizinischen Kontext manifestierte sich schließlich im Jahr 2010 in der Gründung der Professur für Spiritual Care an der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität in München.

Weil die Bedeutung der Spiritualität im medizinischen Handeln inzwischen belegt und konsentiert ist, wurde ihre Beachtung in der „S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ gefordert und festgelegt. Konkret wurde formuliert: „Dem emotionalen Erleben und den spirituellen Bedürfnissen sollen ausreichend Raum gegeben werden. Beides sollte gezielt angesprochen werden, auch wenn der Patient es nicht zum Ausdruck bringt“ [Leitlinienprogramm Onkologie 2015, S. 136]. Medizinern werden dabei die Bereitschaft und die Fähigkeit zur Kommunikation über existenzielle Themen abverlangt wie auch das Grundverständnis, dass Spiritualität im Krankheitsverlauf förderlich sein kann und deren Nichtbeachtung negativen Einfluss auf den medizinischen Behandlungsansatz haben können: „Die emotionale und spirituelle Dimension können für den Patienten wichtige Ressourcen sein. Lassen der Arzt und die weiteren an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen dem emotionalen und spirituellen Erleben des Patienten – sei es verbal oder nonverbal geäußert – Raum, unterstützen sie ihn wirksam beim Wiedergewinn von Selbstwert und Kontrolle sowie in der Suche nach neuer Orientierung“ [Leitlinienprogramm

Onkologie 2015, S. 137]. Damit ist deutlich, dass die Behandlung und Begleitung nicht-medizinischer Bedürfnisse und Nöte durch Mediziner von zentraler Bedeutung sind und spirituelle Begleitung als Teil palliativmedizinischen Handelns zu sehen ist.

Entsprechend hat die Thematik ihren Eingang in die Fachliteratur gefunden. Es gibt inzwischen aufschlussreiche Publikationen über Spiritualität im Gesundheitswesen [Büssing et al. 2006; Büssing et al. 2009; Frick und Roser 2011; Klein et al. 2011] wie auch konkret über die Bedeutung von Spiritualität bei schwerer Erkrankung und am Lebensende [Balboni et al. 2014; Müller 2007; Roser und Gratz 2014; Weiher 2009a].

Nicht zuletzt hat das Konzept von Total Pain die Verortung von Spiritual Care in Palliative Care angeregt. Inzwischen ist die Integration von z.B. Ängsten als psychische Symptome sowie von sozialen und religiösen Themen in das ärztliche Handlungsfeld fester Bestandteil der Palliativmedizin. Die Definition von Palliativmedizin der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beinhaltet deshalb deren gleichwertige Beachtung: „Palliative Care dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur“ [Steffen-Bürgi 2007, S. 33]. Damit ist medizinisch anerkannt, dass alle diese Seiten menschlichen Lebens behandlungs- und begleitungsbedürftig sind. Mit dieser Anerkennung wurde parallel die Frage nach dem Schulungsbedarf diskutiert und die Überprüfung bestehender Konzepte der Aus- und Weiterbildung gefordert und in die Wege geleitet.

1.2. Spiritualität in Schulung und Qualifizierung

Die Beachtung spiritueller bzw. religiöser Bedürfnisse als wesentlicher Teil der Hospiz- und Palliativarbeit konnte in Deutschland fest verankert werden. Weil spirituelle Begleitung alle Arbeitsfelder betrifft, enthalten inzwischen alle Konzepte bzw. Curricula Anteile spiritueller Unterrichtsinhalte.

In die ärztliche Aus- und Weiterbildung sind über palliativmedizinische Themen hinaus psychische, soziale und spirituelle Themen einschließlich der Arbeit im Team integriert:

- Die Ärztliche Approbationsordnung (ÄAppO) wurde im Jahr 2009 dahingehend geändert, dass Palliativmedizin Pflichtlehr- und Prüfungsfach ist. Ziel ist, „dass künftig jeder Arzt mit den Grundlagen der Palliativmedizin vertraut ist. Zu den wesentlichen Bausteinen des Curriculums gehören Symptomkontrolle, ethische Aspekte, kommunikative Kompetenz, reflektierte Haltung, die Arbeit im multiprofessionellen Team und in institutionellen Netzwerken“ [Dokumentation zum 114. Deutschen Ärztetag 2011, S. 1313f].
- Das Curriculum zur Weiterbildung Palliativmedizin beinhaltet neben Schmerztherapie und Symptomkontrolle Lehrinhalte bezüglich psychischer und sozialer Aspekte, spirituelle, ethische und rechtliche Fragestellungen, Gesprächsführung, Arbeit im multiprofessionellen Team [BÄK und DGP 2004].

Auch die Curricula anderer, in Palliative Care tätigen Berufsgruppen wie z.B. Pflegende, Sozialarbeiter, Psychologen, Physiotherapeuten enthalten jeweils einen Themenbaustein zur Spiritualität [DGP 2009; Kern et al. 2007]. Im klinischen Kontext konnte nachgewiesen werden, dass die Schulung von Mitarbeitenden in Hospiz- und Palliativeinrichtungen konkret in diesem Themenfeld wirkungsvoll ist [Wasner et al. 2005; Scherwitz et al. 2006]. Diese Wirkungen beziehen sich auf arbeitsbezogene Zufriedenheit und Stressreduzierung, weniger Angst vor dem Tod, auf die Selbsteinschätzung, mitfühlender zu sein gegenüber den Kranken und sich selbst wie auch auf die Einstellung gegenüber An- und Zugehörigen (zur begrifflichen Verwendung siehe Glossar) und Teammitgliedern.

Damit wurde ein Fundament gelegt, für spirituelle bzw. religiöse Bedürfnisse am Lebensende zu sensibilisieren und die Wahrnehmung zu schärfen. Angesichts der existierenden Schulungsansätze und der nachgewiesenen Schulungseffekte überrascht es, dass eine Mehrheit der Mitarbeitenden im Gesundheitswesen das Angebot von Spiritual Care in der Praxis vernachlässigt und sich teils sogar ablehnend verhält gegenüber Kolleginnen und Kollegen, die spirituelle Begleitung

als Bestandteil ihres Handlungsauftrags sehen [Paal et al. 2014]. Hauptamtlichem Personal von Hospiz- und Palliativeinrichtungen wird zu wenig Gelegenheit in Form von Schulung geboten, sich mit ihrer eigenen Spiritualität vertieft auseinanderzusetzen. Weil dies aber eine unverzichtbare Voraussetzung ist, um die Wahrnehmung spiritueller Bedürfnisse der Betroffenen zu stärken und die spirituellen, religiösen und existenziellen Sorgen kranker Menschen wie auch ihrer An- und Zugehörigen nicht zu übersehen, ist der weitere Schulungsbedarf zu klären und zu realisieren. Ziel ist es, dass Mitarbeitende im Gesundheitswesen die spirituelle Ebene nicht ausklammern und relevante Anliegen wahrnehmen und aufgreifen, wie es z.B. der Definition von Palliative Care der WHO entspricht.

Bisherige Schulungsansätze führen also nicht selbstverständlich dazu, dass Mitarbeitende im Gesundheitswesen, sei es ehren- oder hauptamtlich, ausreichend dafür geschult sind, eine spirituelle Begleitung zu leisten [Kalish 2012; Yilmaz und Gurler 2014]. Für Mediziner und Pflegende konnte gezeigt werden: „the most frequently identified barriers for nurses and physicians [are] being lack of time and inadequate training“ [Balboni et al. 2014, S. 407].

Ehrenamtlich arbeitende Hospizeinrichtungen haben sehr früh, lange bevor es wissenschaftliche Arbeiten dazu gab, begonnen, Spiritualität und Ansätze spiritueller Begleitung in der Schulung Ehrenamtlicher zu thematisieren [Owen-Still 1985; Schölper 2007 (Erstausgabe 1993)]. Für die Schulung ehrenamtlicher Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter gibt es publizierte und seit Jahren gebräuchliche Konzepte, die das Thema Spiritualität als Baustein empfehlen oder diese zur Basis haben [Gratz et al. 2015b; Müller und Heinemann 2015; Schölper 2007]. Für die Schulungspraxis in Deutschland konnte aber durch eine qualitative Studie nachgewiesen werden, dass für Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter Schulungsbedarf in Spiritual Care besteht [Hesse et al. 2014]. Es bedarf jedoch verlässlicher Daten zur Konkretisierung des Schulungsbedarfs.

In Deutschland gibt es inzwischen Mindeststandards [Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz 2005; Gratz et al. 2015b]. Diese empfehlen, einen Mindestumfang von 100 Unterrichtsstunden, auch wenn darüber hinaus regelmäßige weiterführende Fortbildungen neben Supervision die Qualität ehrenamtlicher Arbeit sichern. Das Themenspektrum ist breit angelegt und umfasst entsprechend des Aufgabenfeldes psychische und soziale Schwerpunkte. Die Arbeit Ehrenamtlicher ist wesentlich von Begegnung, Präsenz und Dialog mit schwerkranken und sterbenden Menschen bzw. mit deren An- und Zugehörigen geprägt. Kommunikation umfasst verbale und inhaltliche, aber auch nonverbale und interpersonale Aspekte. So bildet Kommunikation eine entscheidende Grundlage in Hospizarbeit und Palliative

Care und in Folge auch konkret in der Arbeit Ehrenamtlicher [Klessmann 2008; Kränzle 2014; Paal et al. 2015a; Worthington 2008]: „Dying and attending the death of another person can present communication challenges for everyone involved, even for hospice volunteers who take on the job willingly and may have extensive training” [Planalp und Trost 2008, S. 223].

Der Schulungsbedarf ist auch auf dem Hintergrund der Vielzahl an Trägern und aktiven Hospizbegleitern in Deutschland zu betrachten, denn:

- Die steigende Zahl der Ehrenamtlichen in Deutschland, derzeit sind es etwa 80.000 [ALPHA 2008], unterstreicht den Schulungsbedarf auf einer quantitativen Ebene.
- Mit der Regelmäßigkeit der Schulungsangebote, der Zunahme der Begleitungserfahrung und mit den wachsenden Herausforderungen in der täglichen multiprofessionellen Praxis steigen die Ansprüche an die Schulung [Radbruch et al. 2010] und damit der qualitative Weiterentwicklungsbedarf [Wilson 2000].

Publikationen, welche detaillierte, wissenschaftlich fundierte Ausarbeitungen bieten speziell zur Gestaltung von Unterricht im Themenfeld Spiritualität und Spiritual Care, um ehrenamtliche Hospizbegleitende gezielt zur spirituellen Begleitung zu befähigen, gibt es bislang nicht.

1.3. Wissenschaftliche, gesetzliche und verbandspolitische Auseinandersetzung mit Spiritualität im Gesundheitswesen

Auch und vor allem ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter sind mit den spirituellen Bedürfnissen Schwerkranker und Sterbender konfrontiert, weil sie oft über einen längeren Zeitraum relativ regelmäßig präsent sind und verhältnismäßig viel Zeit mit dem kranken Menschen und / oder den An- und Zugehörigen [Wilson 2005], meist in ihrem privaten Umfeld, verbringen. „Viele Patienten wünschen sich, dass sie spirituelle Bedürfnisse, Ressourcen und Schwierigkeiten mit dem Arzt besprechen können, unabhängig davon, ob sie mit einem Seelsorger in Kontakt stehen oder nicht“ [Weber und Frick 2002, S. 107]. In den vergangenen Jahren gab es deshalb verschiedentlich von Fachgesellschaften und -verbänden, Politik und Forschung Initiativen, der Bedeutung der Spiritualität im Gesundheitswesen den entsprechenden Stellenwert einzuräumen.

1.3.1. Forschung und ihr Beitrag zur Spiritualität in den Gesundheitswissenschaften

Die Forschungslandschaft zur Spiritualität im Gesundheitswesen ist inzwischen vielfältig. Einige Beispiele seien genannt.

- Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen ist die Frage, was Menschen mit Spiritualität verbinden und was spirituelle Bedürfnisse, Nöte, Ressourcen sind [Alcorn et al. 2010; Büssing und Koenig 2010; Hampton et al. 2007; Vachon et al. 2009].
- Mit dem Einfluss von Spiritualität / Religiosität auf das Wohlbefinden und auf den Umgang mit Krankheit, aber auch mit religiösem Coping, positiven wie negativen Bewältigungsstilen [Büssing et al. 2012; Büssing et al. 2007; Murken und Müller 2007; Zaun 2002] haben sich Forschungsarbeiten beschäftigt.
- Es wurden zahlreiche Messinstrumente und Skalen zur Erfassung von Spiritualität / Religiosität entwickelt und Überblicksarbeiten geschaffen [Bucher 2007; Zwingmann und Moosbrugger 2004; Zwingmann und Klein 2012]. Sie verdeutlichen, dass eine Erfassung von Spiritualität / Religiosität möglich ist.
- Mit dem halbstrukturierten Interviewverfahren namens SPIR wurde ein Instrument entwickelt und evaluiert, das Mitarbeitende im Gesundheitswesen befähigt, Gespräche über spirituelle Themen zu führen und den ärztlichen,

pflegerischen Versorgungsauftrag zu konkretisieren. Patienten, die nach dieser Gesprächshilfe befragt wurden, begrüßten mehrheitlich das Interesse der Mediziner an der Spiritualität der Kranken, beide Parteien schätzen das Gespräch überwiegend als hilfreich ein [Frick et al. 2005].

Diese, gewiss unvollständige Auswahl bedeutender Entwicklungen bestätigt die Rolle von Spiritualität im Gesundheitswesen und speziell im medizinischen Handlungsfeld und bildet eine beachtenswerte Basis für weitere wissenschaftliche Untersuchungen im Feld von Spiritual Care. Sie bildet auch eine geeignete Basis für Schulungsmaßnahmen. Auch dazu gibt es bereits wissenschaftliche Arbeiten. Relevante Studien beziehen sich z.B. darauf, welche Anforderungen an eine Schulung in Spiritual Care zu stellen sind [Marr et al. 2007; Meredith et al. 2012].

1.3.2. Politik und ihr Beitrag zur Spiritualität in Hospizarbeit und Palliative Care

Politische Entwicklungen verfügen damit über ein wissenschaftliches Fundament, auf das sie ihre Forderungen stützen können. Die Umsetzung und die Förderung der ambulanten Hospizarbeit sind in Deutschland seit dem Jahr 2002 im §39a des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) gesetzlich verankert. In der dazugehörigen Rahmenvereinbarung ist die „Hilfe bei der im Zusammenhang mit dem Sterben erforderlichen Auseinandersetzung mit sozialen, ethischen und religiösen Sinnfragen“ explizit im Aufgabenkatalog ehrenamtlicher Hospizbegleiter gefordert [Rahmenvereinbarung 2010, §3 (4)]. Daraus resultiert ein Begleitungsauftrag, der in Schulungskonzepten für ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter abgebildet werden muss. Weil Hospizdienste nur ehrenamtliche Hospizbegleiter in ihren Dienst aufnehmen dürfen, die einen Befähigungskurs abgeschlossen haben [vgl. Rahmenvereinbarung 2010, §4 (4)], ist Schulung Ehrenamtlicher, auch in spiritueller Begleitung, politisches Interesse.

Das Bayerische Rahmenkonzept zur Hospiz- und Palliativversorgung wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen auf den Weg gebracht, die Zuständigkeit liegt inzwischen beim Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Es beschreibt beachtenswerte Zielsetzungen zur Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativarbeit. Dabei spielt die Qualifizierung der ehrenamtlich tätigen Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter eine entscheidende Rolle. Spiritualität wird als tragende Säule im Leben von

sterbenden Menschen und ihren An- und Zugehörigen betont [Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung 2011].

Die Förderung des Ehrenamtes und die Beachtung von Spiritualität in der Hospiz- und Palliativversorgung hat damit auch politische Wurzeln.

1.3.3. Fachgesellschaften und -verbände und ihre Sicht auf Spiritualität

In Deutschland konnten aufgrund der gesetzlichen Forderungen und der Finanzierung von Leistungen von Hospizarbeit und Palliative Care über Kranken- und Pflegekassen mehrere Fachgesellschaften und -verbände fachliche Entwicklungen vornehmen und ein bundesweites Konsenspapier entwickeln. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) und die Bundesärztekammer (BÄK) haben gemeinsam die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland herausgegeben. Diese besagt im Leitsatz 2: „Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht auf eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung, die seiner individuellen Lebenssituation und seinem hospizlich-palliativen Versorgungsbedarf Rechnung trägt“ [Charta 2010, S. 6]. Dabei wird die Arbeit der Ehrenamtlichen im Besonderen betont. Die Charta fordert des Weiteren Qualifizierung im Leitsatz 3, „um so über das erforderliche Fachwissen, notwendige Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie eine reflektierte Haltung zu verfügen. Für diese Haltung bedarf es der Bereitschaft, sich mit der eigenen Sterblichkeit sowie mit spirituellen und ethischen Fragen auseinanderzusetzen“ [Charta 2010, S. 6]. Seit ihrer Veröffentlichung im Jahr 2010 haben inzwischen mehr als 15.000 Institutionen und Einzelpersonen, auch aus der Politik, die Forderungen der Charta mittels ihrer Unterschrift bestätigt (www.charta-zur-betreuung-sterbender.de).

In den Grundsätzen der Bundesärztekammer (BÄK) zur ärztlichen Sterbegleitung gibt es klare Empfehlungen, die den Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen betreffen. Diese beziehen sich beispielsweise auf die Veränderung des Behandlungszieles und den Umgang mit lebenserhaltenden Maßnahmen. Begrenzungen annehmen und palliativmedizinische Versorgung sichern werden als ärztliche Aufgaben beschrieben. Behandlungsziel, Indikation und die daraus folgenden Maßnahmen müssen mit dem Patientenwillen im Gespräch abgeglichen werden, so heißt es. Die Kommunikation mit dem Sterbenden „muss wahrheitsgemäß sein, sie soll sich aber an der Situation des

Sterbenden orientieren und vorhandenen Ängsten Rechnung tragen“ [Bundesärztekammer 2011, S. 347]. Mediziner haben es bei schwerkranken und sterbenden Menschen nicht nur mit Symptomlinderung und Klärung des Behandlungsansatzes zu tun, sondern auch mit ihren Ängsten. Insbesondere bei schwerer Erkrankung oder am Lebensende sind medizinische Fragen mit Ängsten eng verbunden. Was den medizinischen Beruf in Situationen wie diesen besonders herausfordert, ist Diversität: „Das Sterben eines Menschen stellt alle Mitarbeitenden vor eine uneinholbare und unüberwindbare Grenze. Einen Menschen im Sterben zu versorgen und zu begleiten heißt, sich einer Situation auszusetzen, die sich dem eigenen Erfahrungshorizont entzieht bzw. diesen prinzipiell übersteigt“ [Gratz und Roser 2014, S. 238]. Aus der Sicht des Arztes hat Diversität verschiedene Komponenten: Sie „liegt im Phänomen des Lebensendes selbst: Der andere kommt zu seinem Ende, ich selbst als Arzt gerate dadurch in die Position des Überlebenden im Zeichen des Abschieds. Der Abschied nimmt verschiedene soziale, kulturelle, religiöse und ethisch geprägte Formen an“ [Schnell und Schulz 2014, S. 28].

Europaweit zählt die European Association for Palliative Care (EAPC) den Umgang mit spirituellen Bedürfnissen zu den zehn Kernkompetenzen in Palliative Care: „5. Meet patients' spiritual needs“ [Gamondi et al. 2013a, S. 90]. Es wird gefordert, dass Mitarbeitende im Gesundheitswesen über eine gewisse Sicherheit verfügen sollten, über spirituelle Themen kommunizieren zu können einschließlich der Vermittlung von Angeboten Seelsorgender (zur begrifflichen Verwendung siehe Glossar). Dies beinhaltet u. a. die Eröffnung von Möglichkeiten, spirituelle, existenzielle und religiöse Themen anzusprechen wie auch die Integration dieser Bedürfnisse in den Behandlungsplan [Gamondi et al. 2013b, S. 141].

Fachgesellschaften und -verbände sind sich national und international einig, dass spirituelle Begleitung fester Bestandteil der (palliativ)medizinischen Versorgung sein muss und positionieren ihre Forderungen im Rahmen von Bildung, Öffentlichkeitsarbeit, Forschung und Politik.

1.4. Spiritualität in der Medizin und das multiprofessionelle Team

Begleitung über die medizinische Versorgung hinaus ist nach den bisherigen Ausführungen geboten. Sie ist aber nicht ausschließlich von Mediziner*innen zu erbringen. „Das Innovative an dieser Entwicklung liegt in verschiedenen Dimensionen, [...]. In dieser Multidimensionalität liegt sozusagen begründet,

warum Palliativversorgung [...] eine interdisziplinäre und interprofessionelle Anstrengung und Herausforderung ist, oder wie es Balfour Mount einmal salopp in einem Vortrag in Wien formulierte: „Dafür bräuchte man eigentlich ein Universalgenie. Solange wir es nicht gefunden haben, behelfen wir uns mit einem Team“ [Heller 2013, S. 71f; vgl. Leitlinienprogramm Onkologie 2015, S. 153; vgl. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung 2011, S. 6].

Die spirituell Begleitenden aus der Perspektive der Betroffenen sind nicht selbstverständlich die Seelsorgenden und auch nicht ausschließlich Mediziner. Eine Untersuchung unter Krebserkrankten konnte aufzeigen, dass dies in erster Linie Familie und Freunde (40%), in zweiter Linie Mitarbeitende der Gesundheitsberufe (29%) und erst in dritter Linie kirchliche Seelsorgende oder Vertreter anderer Religionsgemeinschaften (17%) sind. Dabei hängt die Zufriedenheit der kranken Menschen mit Spiritual Care nicht von der Person des Seelsorgenden ab: „satisfaction with spiritual care is not related to who provides it“ [Hanson et al. 2008, S. 913]. Das bedeutet, dass auch ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter gefordert sind, spirituelle Begleitung zu leisten, weil sie aus Sicht der Betroffenen ein Angebot unter mehreren aus der Vielfalt des Gesundheitswesens darstellen. Ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter sind im Besonderen Vertrauenspersonen, weil sie keine konkrete berufliche Profession abbilden und von Kranken und ihren An- und Zugehörigen in einer entsprechend anderen Rolle wahrgenommen werden. Eine Hospizbegleiterin und ein Hospizbegleiter „may also, by virtue of their non professional identification, be viewed as less authoritarian and therefore trusted and confided in“ [Owen-Still 1985, S. 33].

Ehrenamtliche sind fester Bestandteil eines Teams im Kontext der Palliativversorgung [Hirsmüller und Schröer 2014, S. 15; Leitlinienprogramm Onkologie 2015, S. 31 & 152]. „Patientenorientierung braucht notwendig dichten Austausch und Abgleich von Versorgungszielen im multiprofessionellen Team. [...] Nicht zuletzt gehört im Sinne der Hospizidee die Integration von ehrenamtlich Begleitenden und freiwillig Helfenden dazu“ [Hagen et al. 2011, S. 25]. Weil schwerkranke und sterbende Menschen ihre spirituellen Bedürfnisse und Nöte vorrangig mit (ehren-, hauptamtlich) Mitarbeitenden des Gesundheitswesens thematisieren wollen, bevor sie Seelsorgende dafür ansprechen, ist die Sensibilisierung und Befähigung aller Mitglieder im multiprofessionellen Team für spirituelle Begleitung geboten. Das zeitliche und fachliche Potenzial Ehrenamtlicher zu nutzen, insbesondere hinsichtlich spiritueller Begleitung, ist sinnvoll und im Sinne der Betroffenen.

1.5. Begleitungsrealität ehrenamtlicher Hospizarbeit

1.5.1. Faktische Rahmenbedingungen von außen

Ehrenamtliche Hospizarbeit lebt vom freiwilligen und unentgeltlichen Einsatz und hat u.a. altruistische Motive. Die Bezeichnungen zivilgesellschaftliches, bürgergesellschaftliches, freiwilliges Engagement meinen etwas ähnliches, unterscheiden sich aber durchaus: Zivilgesellschaftliches Engagement hat eine öffentliche Komponente. Sie hat nicht nur den auf Hilfe angewiesenen Menschen im Blick, sondern wirkt in die öffentliche Meinungsbildung hinein. Es hat also eine öffentliche Funktion. Begriff, Bedeutung und Funktion des Ehrenamtes sind in der Veränderung begriffen [vgl. Fleckinger 2013, S. 24f]. Im Forschungskontext gilt es, beide Richtungen zu bedenken:

- Das Ehrenamt hat sich verändert und wirkt in die Gesellschaft hinein.
- Die Gesellschaft hat sich verändert und wirkt in das Ehrenamt hinein.

Mehrere Faktoren prägen deshalb die Begleitungsrealität Ehrenamtlicher in Bezug auf Spiritual Care:

1. Individuelle Spiritualität vs. Religionszugehörigkeit

Die Zugehörigkeit der Menschen in Deutschland zu einer Kirche oder einer Religionsgemeinschaft zeigt sich sehr unterschiedlich. Im Jahr 2010 gehörten 62,6% (30,2% katholisch und 29,2% evangelisch) der Bevölkerung einer christlichen Kirche an. Weitere 10,1% haben eine andere Religionszugehörigkeit. Die Gruppe derer, die sich als konfessionslos bezeichnet, beträgt nahezu ein Drittel (30,3%). Ein Vergleich mit den Zahlen aus dem Jahr 1950 verdeutlicht die Entwicklung: 95,7% (36,7% katholisch und 59,0% evangelisch) gehörten der Bevölkerung einer christlichen Kirche an [Bertelsmann Stiftung 2013, S. 32].

Etwa zwei Drittel (63%) der Gesamtbevölkerung sind der Meinung, dass für ihre religiösen Überzeugungen keine kirchliche Organisation erforderlich ist. Diese Meinung vertreten etwa die Hälfte (49%) derer, die der Kirche sehr verbunden sind [Schloz 2000, S. 359].

Spiritualität und Religiosität der Menschen sind losgelöst von Religions- bzw. Kirchengemeinschaft. D.h. die Begrifflichkeit gläubig, spirituell oder religiös ist nur bedingt aussagefähig und hängt von biographischen und individuellen Zugängen ab [Utsch und Klein 2011]. Im Zentrum von Palliative Care steht die individuelle Ausprägung von Spiritualität [Roser 2012; Büssing et al. 2006], wenn das, was den Menschen trägt und hält, ernst genommen werden und der Betroffene selbst

der handelnde Akteur bleiben soll. „Palliative Care unterstützt durch ihren ganzheitlichen Ansatz das sterbende Individuum, sich der Rolle als Akteur zu bemächtigen“ [Roser und Borasio 2008, S. 47]. Die Begleitung auch durch ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter bedarf darum einer prinzipiellen Offenheit, aber auch der Fähigkeit, über Sinnfragen in einer lebensbedrohlichen Situation zu sprechen und spirituelle Ressourcen erschließen zu helfen, um diese Rolle des Akteurs zu fördern bei zunehmender Entscheidungslast und abnehmender körperlicher, vielleicht auch kognitiver Kräfte.

2. Spirituelle Begleitung Erkrankter durch Hospizbegleiter vs. durch Familie und Freunde

Ehrenamtliche sind aber auch gefordert, nicht nur im Blick zu haben, dass sie Erkrankten eine Stütze sind. Sie müssen auch im Blick haben, wie Erkrankte und Angehörige ihre eigenen spirituellen Ressourcen (für sich und gegenseitig) nutzen. Sie greifen dabei auf intra-, inter- und transpersonale Herangehensweisen zurück, die intrinsisch wie auch extrinsisch motiviert sind. Es konnte gezeigt werden, „that the human phenomena of spiritual engagement make individuals resilient. In the midst of being confronted with a life-limiting condition or impending death, associated pain, suffering and despair, the participants [die Patienten und An- und Zugehörigen, Anm. d. Verf.] found ways and means to cope constructively and remain positive. It was evident that they drew strength from each other [...]“ [Penman 2012, S. 143]. Ehrenamtlichen kommt deshalb im Kontext spiritueller Begleitung nicht nur eine Begleitungsrolle zu. Sie sind gefordert, im System von Familie und Freunde deren eigenes Unterstützungspotenzial zu fördern. Damit kommt ihnen auch eine Vermittlerrolle zu.

1.5.2. Notwendige Klärungen nach innen

Aus diesen beiden Perspektiven ergibt sich eine Notwendigkeit für Einrichtungen des Gesundheitswesens, sich mit zwei Fragen zu beschäftigen:

- Wie muss für Mitarbeitende aller Professionen die Rolle in spiritueller Begleitung und im Familiensystem inhaltlich gefüllt werden (fachliches Profil der Mitarbeitenden)?
- Wie kann Spiritual Care als Begleitungsansatz und Grundauftrag in der Einrichtung verankert werden (fachliches Profil der Organisation)?

Letzteres muss über Schulung hinaus thematisiert werden. Die Streuung an konfessioneller (Un)Gebundenheit betrifft die Begleiteten, die Begleitenden und die Träger gleichermaßen. Deshalb spielt über die Spiritualität der Erkrankten sowie der An- und Zugehörigen hinaus die Spiritualität der Mitarbeitenden eine ebenso bedeutsame Rolle. Denn in der Begleitungs- bzw. Versorgungssituation treffen zwei oder mehr Menschen mit ihrem jeweils persönlichen spirituellen Hintergrund aufeinander.

Dabei bleibt eine vielfach ungelöste Rahmenbedingung offen, die es in den Blick zu nehmen gilt: das spirituelle / religiöse Profil der Organisation, die eine Hospiz- und Palliativeinrichtung verantwortet [Roser und Borasio 2008; Steinforth 2013]. Sie stellt für das Team den zeitlichen und fachlichen Rahmen, die Anforderungen, den Auftrag, die Angebote, aber auch die Reflexions- und Entlastungsmöglichkeiten. Spiritualität im Gesundheitswesen spielt auf drei Ebenen des Gesundheitswesens: „auf der Mikroebene (Spiritualität des Einzelnen), der Mesoebene (Bedeutung, die Spiritualität in einem Behandlungsteam zugemessen wird) und der Makroebene (Rahmenbedingungen, Bedeutung von Spiritualität im gesellschaftlichen, juristischen, ökonomischen und politischen Kontext)“ [Roser 2012, S. 228]. Dies setzt eine Klärung voraus, welchen Stellenwert Spiritualität bzw. Religiosität im Behandlungskonzept der Einrichtung hat [Roß 2008]. Spiritual Care betrifft also auch und im Besonderen die Einrichtung. Konkret sind Rahmenbedingungen für eine entsprechende Versorgungsstruktur zu schaffen, die Spiritual Care ermöglichen. Es ist die Finanzierung zu klären und die Spiritualität der Einrichtung zu thematisieren [Roser 2015]. Je mehr sich Hospiz- und Palliativeinrichtungen auf den Weg machen, spirituelle Begleitung nach dem Konzept von Spiritual Care durch ihre Mitarbeitenden zu leisten und dieses Angebot in ihrer Einrichtung zu verankern, desto klärungsbedürftiger ist auch die Rolle von Seelsorge im multiprofessionellen Team und ihre Sicht auf Spiritual Care.

2. Begriffsbetrachtungen, Spiritual Care in der Fachliteratur und Implikationen für Hospizarbeit

2.1. Begriffliche Entwicklungen und Betrachtungen

Eine lebensbegrenzende Diagnose und der damit verbundene Krankheitsprogress stellen für Menschen eine existenzielle Bedrohung dar. Schwer erkrankte oder sterbende Menschen wie auch ihre Angehörigen und Nahestehenden werden zwangsläufig mit Fragen konfrontiert, die sich verschiedentlich äußern wie z.B. „Warum trifft mich diese Krankheit?“. Die Begleitorscheinung physischer Belastungen sind „feelings of guilt, loss, sadness, anxiety, diminished self-esteem, loss of role-function, communication problems with family and friends, questions about meaning in life, and religious struggle („Why me?“)“ etc.“ [Büssing und Koenig 2010, S. 19]. Diese und andere Fragen, auf die es keine letztgültige Antwort gibt, führen in dieser Phase des Lebens zu spirituellen Nöten, die es wahrzunehmen und zu begleiten gilt. Wie auch immer betroffene Menschen an diese Fragen herangehen, so treten sie in Berührung mit ihrem Glauben, mit Religion, Religiosität, Spiritualität. Eine begriffliche Abgrenzung mit der Perspektive der weiteren Verwendung im Schulungs- und Begleitungskontext bietet deshalb einen Blick auf die Begriffe, wie sie im Forschungskontext beachtet werden müssen.

2.1.1. Spiritualität

Die Bedeutung von Spiritualität hat sich im Laufe der Geschichte verändert. Spiritualität ist begriffsgeschichtlich ein religiöser Begriff. „Im christlichen Kontext, wo er ursprünglich beheimatet ist, bezeichnet Spiritualität das christliche Leben überhaupt. Im biblischen Sinne ist dieses Leben nämlich als geistliches Leben zu verstehen“ [Körtner 2011, S. 29]. Aus der französischen Linie der spiritualité wird Frömmigkeit damit verbunden. Sie prägte um 1900 die katholische Ordens-theologie. Exerzitien sind ein Beispiel für das religiös-geistliche Leben dieser Tradition. Aus der angelsächsischen Linie der spirituality leitet sich eine Deutung von Spiritualität ab, die bereits vor 1900 einen personenbezogenen Charakter aufweist und damit eine individuelle und innere Dimension beinhaltet [Benke 2004; Hagen et al. 2011; Roser 2007]. Dass der Begriff Spiritualität eine weitaus tiefgreifendere Geschichte vollzogen hat als hier beschrieben, ist in der genaueren historischen Betrachtung zu bedenken [Peng-Keller 2014].

Relevant für das zu bearbeitende Forschungsthema ist die Frage, ob ein historisches Verständnis übertragbar ist auf das, was kranke Menschen heute darunter verstehen. Spiritualität als unverzichtbare Ressource im medizinisch-pflegerischen Behandlungskontext erfordert einen genaueren Blick darauf, was der einzelne Mensch mit Spiritualität heute verbindet. Neben der Kategorie „Individualität“ ist die Kategorie „Zeit“ von Bedeutung. Die Frage, ob „Kontemplation als Kunst der Langsamkeit gegen die durch Ökonomisierung entstandenen ‚Beschleunigungsschübe‘ im klinischen Alltag [ankommt,] sei weniger eine Frage der zeitlichen Dauer als der Tiefe des genutzten Moments völliger Aufmerksamkeit (Cicely Saunders)“ [Peng-Keller 2015, S. 86].

Spiritualität gilt heute sicher als eine nicht zu vernachlässigende Ressource bei schwerer Erkrankung und am Lebensende [Büssing et al. 2009; Ferrell et al. 2013; Puchalski et al. 2009]. Sie wird aber auch als wenig klar umrissen wahrgenommen, als etwas wenig greifbares, weil individuelles. Maßgeblich ist in Palliative Care ein personenzentrierter Ansatz vorherrschend, der dem angelsächsischen Spiritualitätsverständnis ähnlich zu sein scheint. Im Kontext der Arbeit ehrenamtlicher Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter ist von Relevanz, welche begriffliche Grundlage für deren Arbeit sinnvoll ist. Der „Arbeitskreis spirituelle Begleitung“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin bestimmt Spiritualität wie folgt: „Unter Spiritualität kann die innere Einstellung, der innere Geist wie auch das persönliche Suchen nach Sinngebung eines Menschen verstanden werden, mit dem er Erfahrungen des Lebens und insbesondere auch existenziellen Bedrohungen zu begegnen versucht“ [DGP 2007, S. 1]. Die European Association for Palliative Care (EAPC) hat ebenfalls eine Beschreibung erarbeitet: „Spirituality is the dynamic dimension of human life that relates to the way persons (individual and community) experience, express and/or seek meaning, purpose and transcendence, and the way they connect to the moment, to self, to others, to nature, to the significant and/or the sacred“ [Nolan et al. 2011, S. 87]. Weil Spiritualität aufgrund der Vielschichtigkeit nicht ohne Verlust wesentlicher Merkmale in eine kurze Definition zu komprimieren ist, führt die EAPC im Einzelnen dazu aus:

- “Existential questions (concerning, for example, identity, meaning, suffering and death, guilt and shame, reconciliation and forgiveness, freedom and responsibility, hope and despair, love and joy)
- Value-based considerations and attitudes (that is, the things most important to each person, such as relations to oneself, family, friends, work, things, nature, art and culture, ethics and morals, and life itself)

- Religious considerations and foundations (faith, beliefs and practices, one's relationship with God or the ultimate)" [Nolan et al. 2011, S. 88].

Diese beiden wie auch andere Beschreibungen sind geeignet, sich dem Begriff der Spiritualität im Schulungskontext der Hospiz- und Palliativarbeit zu nähern. Entscheidend ist, dass Verantwortliche für den Schulungskontext reflektieren, was Spiritualität für sie und ihre Einrichtung bedeutet und mit der Textauswahl entsprechend umgehen.

Wenn Spiritualität auf diesem Hintergrund eine sehr persönliche Komponente ist, so ist eine Abgrenzung erforderlich, was mit Religion, Religiosität, Glaube gemeint ist. Von schwerer Erkrankung betroffene Menschen verwenden alle diese Begriffe, wenn sie ihre Bedürfnisse und Nöte ausdrücken. Dabei dient die Arbeit an Definitionen nicht dazu, genau zu wissen, was jemand meint, wenn diese Begriffe verwendet werden. Sie dient vielmehr dazu, Sprachfähigkeit zu fördern und dem auf den Grund zu gehen, was für den anderen von Bedeutung ist.

2.1.2. Religion

Mit „Religion“ ist ein gemeinschaftliches Glaubenssystem mit Praktiken, Ritualen und Symbolen gemeint, das die Nähe zu etwas Heiligem oder Transzendtem unterstützt und gleichzeitig die Beziehungen innerhalb einer Gemeinschaft fördert. „Religion is an organized system of beliefs, practices, rituals, and symbols designed (a) to facilitate closeness to the sacred or transcendent (God, higher power, or ultimate truth/reality) and (b) to foster an understanding of one's relationship and responsibility to others in living together in a community“ [Koenig et al. 2011, S. 18].

Religion als ein „von einer Gemeinschaft vermitteltes und getragenes Sinnsystem mit bestimmten Ideen, Symbolen, Ritualen, Werthaltungen und Rollen, die es dem Menschen ermöglichen, sich mit einem höchsten Prinzip in Verbindung zu setzen“ [Weiher 2009a, S. 28] bestätigt eine zweite wesentliche Eigenschaft: die Möglichkeit, in einer Gemeinschaft mit geteilten Glaubensinhalten in Verbindung mit einer höheren Macht oder Gott zu sein. Wenn Menschen sich als religiös bezeichnen, ist in diesem Zusammenhang eine mit anderen Menschen geteilte Auffassung gemeint. Religiosität beinhaltet aber mehr.

2.1.3. Religiosität

Religiosität ist weniger von einer Transzendenzvorstellung her definiert. Sie kann sich innerhalb und außerhalb von Religion vollziehen. Religiosität bedeutet, sich mit einer höheren Wirklichkeit verbunden zu wissen. „Wenn sich also Menschen als ‚religiös‘ empfinden, so kann damit nicht nur die Zugehörigkeit zu einer Religion, sondern auch diese spirituelle Einstellung zur Welt und dieser ‚säkulare Glaube‘ gemeint sein. [...] Als ‚religiös‘ bezeichnen sich vielfach Menschen, die gerade keine Religion als strukturiertes Symbolsystem, aber z. B. eine bewusste spirituelle oder ethische Grundeinstellung dem Leben und der Welt gegenüber haben“ [Weier 2009a, S. 30].

Religiosität kann nicht nur unterstützend wirken, sondern auch ein Belastungsfaktor sein, wenn sie z.B. mit Schuldgefühlen verbunden ist. Negative Einstellungen dieser Art müssen nicht zwingend dauerhaft sein, sie können punktuell im Zusammenhang mit Krisen einhergehen und sich dann wieder verändern. Religiosität ist damit dynamisch und unterliegt der Veränderung [Zwingmann und Klein 2013, S. 25].

2.1.4. Glaube

Glaube ist eine individuelle Größe. Nach theologischem Verständnis beinhaltet sie interpersonale und transpersonale Aspekte. Glaube entspringt nicht dem Menschen selbst: „Glaube wird theologisch verstanden als Geschenk Gottes, er kommt aus einer Quelle außerhalb unserer selbst (extra nos) und ist doch zugleich eigene Einstellung, Aktivität und Konstruktion (in nobis). Das, was dem Menschen aus der Offenbarung, aus der religiösen Tradition entgegenkommt und zum Glauben und Vertrauen einlädt, wird zugleich in höchst persönlich-individueller Weise angeeignet und umgeformt“ [Klessmann 2004, S. 236]. Glaube, dessen Grundlage die Religion ist, bleibt lebendig, in dem er sich im Lauf des Lebens und in der Beziehung zur Umwelt verändert. „Der Glaube denkt und redet von dem her und auf das hin, was er als Grund und Ziel der Wirklichkeit versteht“ [Klessmann 2004, S. 384]. Ein dynamischer Prozess ist dem Glauben damit eigen.

Ein Grundverständnis dieser Begrifflichkeiten ist für Begleitungsaufgaben hilfreich, weil es herausfordert nachzufragen, was Betroffene konkret meinen, wenn sie sich z.B. als religiös bezeichnen. Der Blick auf die verschiedenen Begrifflichkeiten ist für den Forschungsprozess bedeutsam, damit der individuelle Zugang zu den Begrifflichkeiten gegenüber den im Forschungsprozess Befragten gewahrt bleibt.

2.1.5. Spiritual Care

Spiritual Care ist keine Tätigkeit, sondern „ein interdisziplinär angelegtes theoretisches Konzept individuumszentrierter spiritueller Begleitung, dem ein ganzheitliches Menschenbild mit ausdrücklicher Fokussierung auf die spirituelle Dimension menschlicher Existenz zugrunde liegt“ [Nauer 2015, S. 47]. Definitionen von Spiritual Care sind in der gegenwärtigen Literatur noch rar. Unabhängig davon, wie eine Hospizeinrichtung Spiritual Care für sich definieren würde, bildet das Konzept die Basis der spirituellen Begleitung, die jene Menschen jeglicher ehren- oder hauptamtlicher Profession anbieten, die sich der spirituellen Dimension des kranken und sterbenden Menschen nicht verschließen.

Der Ansatz von Spiritualität und Spiritual Care im Gesundheitswesen ist „unabhängig von den institutionalisierten Religionen und den christlichen Kirchen“ [Heller und Heller 2014, S. 89]. Wenn in der Palliativmedizin von einem patientenorientierten Ansatz die Rede ist, der beinhaltet, dass Schmerz genau das ist, was Kranke als solchen benennen, dann gilt dies auch für Spiritual Care: „Spiritualität ist genau – und ausschließlich – das, was der Patient dafür hält“ [Roser 2011, S. 47]. Auf dieser Basis gilt es hinzuhören, was den Menschen beschäftigt und darüber zu kommunizieren. Spirituelle Begleitung in dieser Form entspricht dem Grundauftrag der Religionsgemeinschaften und soll in Hospizarbeit und Palliative Care gelebt werden [Bevier et al. 2010].

2.2. Spiritual Care in der gegenwärtigen Fachliteratur

Die Fachliteratur zum Thema Spiritual Care ist in den vergangenen Jahren deutlich gewachsen. Zunehmend stellen sich Autoren aus verschiedenen Perspektiven der Frage, wie ausgehend von dem Konzept von Palliative Care spirituelle Begleitung nach dem Konzept von Spiritual Care geleistet werden kann. Wenn sich diese Arbeit speziell mit spiritueller Begleitung in der ehrenamtlichen Hospizarbeit beschäftigt, ist ein gezielter Blick in diese Fachliteratur erforderlich und auf das Potenzial hin zu überprüfen, das für ehrenamtliche Hospizarbeit nutzbar gemacht werden kann. Exemplarisch werden vier Werke näher untersucht:

- Heller B, Heller A (2014) Spiritualität und Spiritual Care. Orientierungen und Impulse, Verlag Hans Huber, Bern
- Klessmann M (Hg.) (2013) Handbuch der Krankenhausseelsorge, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 4. Auflage
- Nauer D (2015) Spiritual Care statt Seelsorge?, Kohlhammer Verlag, Stuttgart
- Weiher E (2009a) Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben und Tod. Eine Grammatik für Helfende, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2. Auflage

2.2.1. Spiritual Care bei Erhard Weiher

Als katholischer Krankenhausseelsorger entwirft Erhard Weiher bereits im Jahr 2009 eine Grammatik des Helfens, die das Konzept von Spiritual Care beschreibt und ausdrücklich nicht auf katholische Krankenhausseelsorge begrenzt. Wenn- gleich der Begriff Spiritual Care im Buch nicht explizit ausgearbeitet, vielmehr vorausgesetzt wird, zielen die Ausführungen auf eine spirituelle Begleitung, die an den individuellen spirituellen und religiösen Gegebenheiten des kranken Menschen orientiert ist. Der personenzentrierte Ansatz bildet den Mittelpunkt. Aufgrund abnehmender Religionszugehörigkeit und zunehmender individueller Konzepte von Spiritualität in der postmodernen Gesellschaft wird dies als besondere Herausforderung für alle beteiligten Arbeitsfelder beschrieben. Weil der medizinische Fortschritt es mit sich bringt, dass Krankheiten weniger zum Tod führen bzw. der zeitliche Verlauf länger ist und damit Entscheidungssituationen im Bezug auf Behandlung einhergehen, sind zusätzliche Herausforderungen für die spirituelle Begleitung existent. Das Konzept von Spiritual Care wird am Beispiel des Umgangs mit Wahrheit deutlich. Umgang mit Wahrheit wird als eine inter-

professionelle Aufgabe beschrieben. Es geht nicht nur um den punktuellen Moment der Aufklärung, sondern um den Prozess, den der Betroffene durchläuft und in dem verschiedene Professionen unterschiedlich häufig und aus unterschiedlichen Anlässen in Kontakt sind. Entsprechend vielfältig sind die verschiedenen Berufe im Umgang mit Wahrheit, im Umgang mit der aktuellen Befindlichkeit des Betroffenen gefordert.

Anschlussfähigkeit im Sinne dessen, dass Begleitenden abverlangt wird, „alle kulturell erworbenen und persönlich gelebten Überzeugungen von Menschen“ [Weiher 2009a, S. 16] zu erkennen, um sie für die Unterstützung nutzbar zu machen, ist ein erstrebenswertes Ziel. Mit der Blickrichtung, dass Spiritualität nicht nur positive Wirkungen hat, sondern auch (glaubens-, religionsbedingte) Zweifel und negative Ereignisse zum Prozess gehören, ist Unterstützung nicht auf Lösung angelegt, sondern auf Begleitung. Dies gilt nicht nur für religiöse Menschen, sondern auch für jene, die sich als nichtreligiös bezeichnen. Fragen, Zweifel und Suchbewegungen zuzulassen und Spiritualität als etwas im Prozess Befindliches zu beschreiben entsprechen dem Ansatz von Spiritual Care.

Der Begleitungsauftrag wird als Aufgabe aller, auch ehrenamtlich Tätiger im Gesundheitswesen beschrieben. Mediziner und Pflegende sind mit dem Leiden des Menschen konfrontiert, denn physische Eingriffe haben auch innere Auswirkungen. „Jede Profession hat ihre Tür zum ganzen Menschen, aber unter je anderen Gesichtspunkten“ [Weiher 2009a, S. 40]. Insbesondere wenn physische Heilung nicht mehr möglich ist und spirituelle Heilung vordergründig wird, ist diese Form der Heilung eine multiprofessionelle Angelegenheit. Dabei wird zu bedenken gegeben, dass die verschiedenen Arbeitsfelder eine verschiedene Felddynamik in sich tragen, was dazu beiträgt, dass die Spiritualität des kranken Menschen auf verschiedene Weise angesprochen wird. Die Erwartungshaltungen der Betroffenen sind andere. Diese Chance gilt es zu nutzen. Die Begleitungsmöglichkeiten sind dabei unterschiedliche. Die gemeinsame Leitidee aller Berufe bildet der Gedanke des „Geheimnisses“ als das Innerste und Unergründliche des Menschen. Dieser Gedanke bewahrt vor der Engführung auf die physische Seite des kranken Menschen und gleichzeitig vor der Überforderung der Mitarbeitenden, Ganzheitlichkeit anzustreben und gegebenenfalls doch nicht zu erreichen. Damit geht einher, dass spirituelle Begleitung dort eingefordert wird, wo kranke Menschen versorgt werden, nämlich in den Einrichtungen des Gesundheitswesens. Dies ist nicht zuletzt darin begründet, dass Medizin und Religion ursprünglich zusammengehörten und erst durch die historischen Entwicklungen und Möglichkeiten der Medizin zu getrennten Disziplinen ausdifferenziert wurden.

Gerade dort, wo kurative Medizin nichts (mehr) beitragen konnte, war die geistliche Versorgung selbstverständlich. Die Arbeitsteilung ist heute noch vorzufinden, für die Betroffenen aber keineswegs förderlich. Der Bezug zum Leid ging verloren, er ist aber unausweichlich.

Der Zugang über den Gedanken des Geheimnisses bietet gleichzeitig eine Beschreibung von Spiritualität als jene Erfahrung, bei sich der Mensch mit dem Geheimnis des Lebens in Verbindung weiß [Weiher 2009a, S. 27]. Eine überweltliche wie auch eine innerweltliche Transzendenzvorstellung ist damit gleichermaßen möglich. Dieses nicht konkret benennbare Geheimnis ist von Bedeutung und somit etwas Positives, das es in der Versorgung zu „sehen“ gilt. Die Unschärfe von Spiritualität ist ein Vorteil, weil die persönliche Perspektive darauf Raum erhält. Sie ist gleichzeitig ein Nachteil, weil der Umgang damit herausfordert. Dieser kann aber erlernt werden. Basiswissen ist hilfreich, beispielsweise eine detaillierte Abgrenzung der verschiedenen Begriffe Spiritualität, Religiosität, Glaube oder die Beheimatung von Spiritualität entweder im Gefühls- und Stimmungsbereich, in bewussten und reflektierten Lebenskonzepten oder implizit in Haltungen und Einstellungen der Welt und den Lebensereignissen gegenüber [Weiher 2009a, S. 23]. Ebenso bietet die Differenzierung der Rolle von Spiritualität in der Bewältigung von Leid eine Hilfestellung.

Seelsorge hat auf diesem Hintergrund weder einen Alleinvertretungsanspruch noch tut sie gut daran, Spiritualität auf Kirche und Religion zu begrenzen. Seelsorgende sind der inneren Dimension des Menschen verpflichtet. Sie haben einen entsprechend weiten Horizont ihrer professionellen Arbeit zu Grunde zu legen und für Spiritual Care befähigt zu sein. Nach einer bewussten Wahrnehmung der individuellen Bedürfnisse und Sorgen in einer offen gestalteten Begegnung ist es Seelsorge gestattet und ihr sogar geboten, die eigenen religiösen Bilder und Weisheiten entsprechend angemessen in den Dialog einzubringen und fruchtbar zu machen.

Seelsorge unterscheidet sich von der spirituellen Begleitung durch andere Berufsfelder. Ihre Aufgaben gehen über Alltagsspiritualität, mit der nicht-seelsorgliche Berufe hauptsächlich konfrontiert sind, hinaus. Während sich diese Alltagsspiritualität überwiegend um die Beziehungsgeschichte mit Leib, Mitmenschen, Dingen, Werten, Kosmos dreht, beinhaltet Glaubensspiritualität die Beziehungsgeschichte mit dem Geheimnis, dem Heiligen, Gott. Letztere verlangt den Begleitenden (seelsorgliche) Kompetenzen ab. Darüber hinaus gibt die Symbolwirkung der Seelsorge-Rolle ihr eine eigene und unvertretbare Eigen-

schaft. „Für viele Menschen steht Seelsorge als Vertretung des Heiligen. Und wenn sie dieser Symbolfigur eine Befindlichkeit, ein Stück Lebensgeschichte, eine Klage, eine Dankbarkeit, eine Selbstbewertung mitteilen, dann ist dies dem Heiligen anvertraut“ [Weiher 2009a, S. 126].

Durch das ganze Buch zieht der Autor Erhard Weiher zwei Linien: Die Rolle aller Berufsfelder in spiritueller Begleitung wird diskutiert. Gleichzeitig wird die Bedeutung von Religion und christlich-kirchliche Seelsorge als sein ureigenstes praktisches Handlungs- und Erfahrungsfeld sichtbar, das aber als beispielhaft für alle Religionen angekündigt ist.

Mit der Betonung der Rolle aller Berufsfelder in spiritueller Begleitung geht eine Konkretisierung von Aufgaben und Abgrenzungen zur Seelsorge einher. Die Perspektive der Religion sowie die Beschreibung christlich-kirchlicher Seelsorge, Angebote und Deutungen sind nicht als Additiv oder Gegenpol beschrieben, sondern als eigene, nicht ersetzbare Disziplin bei aller Offenheit gegenüber individuellen Ansichten und Bedürfnissen. Detaillierte praktische Ansätze und Handlungsempfehlungen bereichern die Beschreibungen. Dabei bleibt die Bedeutung von Selbstreflexion und Selbstpflege nicht unerwähnt. Sämtliche Ausführungen folgen einem starken Praxisbezug mit wissenschaftlichen Impulsen.

Dass spirituelle Begleitung eine Schulung erfordert und nicht unvorbereitet geschehen kann, ist ersichtlich. Wie eine Qualifizierung konkret aussehen kann, bleibt offen, methodische Ansätze gibt es nicht. Allerdings bieten die praktischen Ansätze und Handlungsempfehlungen eine Grundlage, Unterrichtsinhalte und -ziele herauszuarbeiten, um sie dann in einen Schulungskontext zu überführen.

2.2.2. Spiritual Care bei Birgit und Andreas Heller

Die Autoren heben in ihrem im Jahr 2014 erschienen Werk gezielt auf das Konzept von Spiritual Care ab und setzen sich kritisch damit auseinander. Dabei bleibt der Ursprung in Palliative Care ebenso wenig unerwähnt wie die spirituelle bzw. religiöse Bandbreite der Adressaten, der Menschen, die im Gesundheitswesen angetroffen werden. Der Weg der Auseinandersetzung christlicher Seelsorge mit der Herausforderung „Spiritual Care“ wird ebenfalls skizziert mit Blick darauf, dass der Generationenwechsel in den nächsten Jahrzehnten zu einer Umorientierung in spiritueller Begleitung nötigt aufgrund abnehmender religiöser Verwurzelung.

Infolge dessen wird die Zuständigkeit aller Berufsgruppen postuliert. Dies ist darin begründet, dass spirituelle Themen zu allen Zeiten und Situationen anklingen können und eventuell gerade dann, wenn alltagsnahe Situationen die Hemmschwelle senken, so z.B. bei der Reinigung der Räume. Es ist naheliegend, dass damit auch verschiedene Kompetenzebenen herausgearbeitet werden [Heller und Heller 2014, S. 32] und das Profil von Seelsorge einer Konkretisierung bedarf. Allerdings wird zusätzlich betont: Spiritual Care ist nicht nur eine Aufgabe aller Berufe einschließlich Seelsorge. Sie ist zuallererst Selbstsorge des kranken Menschen selbst unter Berücksichtigung des Unterstützungspotenzials durch Angehörige und Freunde. Es wird deutlich, dass nicht durchgängig und deutlich zwischen Spiritual Care als Konzept und spiritueller Begleitung als Aufgabe und Tätigkeit unterschieden wird. Dies wird schlüssig mit dem Fokus auf die Grundhaltung, die Spiritual Care eigen ist: Spiritualität wird nicht erst durch Krankheit aktiviert, sondern wird als ein lebenslang sich entwickelnder Teil des Lebens mit Selbsthilfepotenzial gesehen. Spiritual Care ist nicht nur die positive Gesinnung der Entlastung durch Begleitung jedweder Art eigen, sondern das Aushalten und Zulassen von Verzweiflung, von Widersprüchen, von Unlösbarem. Spiritual Care muss nicht notwendig in einen Begleitungsauftrag, einen Akt der Tätigkeit, münden. Deshalb wird im positiven Sinne kritisch hinterfragt, inwiefern spirituelle Begleitung als etwas grundsätzlich Dienliches und durchgängig Notwendiges betrachtet wird und wann diese nicht vorrangig der Entlastung oder dem Bedürfnis der Begleitenden entspringt.

Mit dem Begriff Spiritualität findet eine tiefergehende Auseinandersetzung statt einschließlich einer Abgrenzung zu Religiosität. Die große Vielfalt, Spiritualität mit Inhalt zu füllen, trifft die Realität der Betroffenen und ist gleichzeitig hinderlich, Spiritual Care zu einem schlüssigen Konzept zu entwickeln [Heller und Heller 2014, S. 50]. Bemühungen um Begriffsbestimmungen werden kritisch betrachtet, weil sie mehr pragmatischen Interessen dienen und primär die Perspektive derer, die sich damit befassen, ausdrücken. Anstelle einer Begriffsbestimmung bieten die Ausführungen genaue Hintergründe und Einsichten, warum eine Begriffsbestimmung mit Bedacht anzugehen ist. Als gesichert gilt die Individualität von Spiritualität wie auch der persönlich zusammengestellte Inhalt im Sinne einer Komposition aus verschiedenen einzelnen Glaubensvorstellungen. Ob Spiritualität und Religiosität getrennt voneinander zu betrachten sind oder ob, und wenn ja was sie miteinander zu tun haben, wird detailliert diskutiert und trägt dazu bei, die Begriffe nicht unreflektiert zu verwenden. Der These, dass jeder Mensch spirituell ist, wird hinzugefügt, dass Menschen, die sich selbst als weder spirituell noch

religiös bezeichnen, dies auch zugestanden wird im Sinne dessen, dass sich dies im Umgang widerspiegelt und keine Vereinnahmung stattfindet.

Aufgrund der zunehmenden Thematisierung von Spiritual Care sieht sich kirchlich getragene Seelsorge einer Herausforderung gegenüber. Die Zuständigkeit wird von den Betroffenen, bewusst oder unbewusst, auch Mitarbeitenden anderer Arbeitsfelder zugeschrieben. Darüber hinaus wird deutlich, dass es Seelsorge mit einem Verlust an Deutungshoheit zu tun hat, denn durch die Festlegung der Weltgesundheitsorganisation in der Definition von Palliative wird die Behandlung auch von spirituellem Schmerz von medizinischer Seite eingefordert. Das Feld der Seelsorge hat sich damit einigen Fragen zu stellen und veränderte Rahmenbedingungen in der Versorgung von kranken Menschen im Gesundheitswesen zu akzeptieren. Die Eckpunkte, die einer tiefergehenden Aufmerksamkeit durch Seelsorge bedürfen, werden ausgeführt, bleiben aber weitestgehend unbeantwortet. Der Hinweis, dass Spiritual Care „nicht vom System instrumentalisiert und vereinnahmt“ [Heller und Heller 2014, S. 92] werden darf, ist relevant für alle weiteren Diskussionen.

Sämtliche Ausführungen der Autoren Birgit und Andreas Heller basieren auf einem wissenschaftlichen Hintergrund mit praktischen Impulsen. Sie erfolgen in einem konfessionsunabhängigen Kontext, auf einer universitären und damit religionsneutralen Grundlage und erlauben vertiefte Auseinandersetzungen mit Themenfeldern wie z.B. die Unterscheidung in weibliche und männliche Spiritualität bzw. Religiosität wie auch mit Themen wie Spiritualität und Jenseitsvorstellungen oder auch eine historische Verortung von Spiritualität in der Hospizbewegung. Der Rückgriff auf historische Entwicklungen und die Beschreibung bzw. Einordnung der Themen in die aktuelle Debatte verschiedener Autoren und Wissenschaftler ergeben einen fundierten Hintergrund. Spiritual Care im Gesundheitswesen wird zwar diskutiert, Überlegungen aber, wie die facettenreich und detailliert dargestellte Welt von Spiritual Care in die Praxis integriert werden kann, sind nur bedingt gegeben. Schulungsansätze werden nicht benannt, das Spannungsfeld von Facettenreichtum in der Sache und Komprimierung für Bildungszwecke bleibt offen. Eine Nähe zum Praxistransfer kann nicht postuliert werden.

2.2.3. Spiritual Care bei Doris Nauer

Die Autorin befasst sich in ihrem im Jahr 2015 erschienen Werk wiederholt mit dem Thema Spiritual Care und Seelsorge. Zwei Perspektiven sind zentral: es geht um eine aktuelle Auseinandersetzung mit Spiritual Care einschließlich des Verhältnisses zu Seelsorge und es geht um eine Auseinandersetzung mit der aktuell vorherrschenden Fachliteratur zum Thema. Mit entsprechender historischer Fundierung wird die Entwicklung von Spiritual Care innerhalb von Palliative Care (national und international) nachgezeichnet. Auf diesem Hintergrund wird Spiritual Care als Konzept mit definitorischem Charakter beschrieben (siehe 2.1.5). Es findet eine ausführliche Auseinandersetzung statt mit in der Literatur vorfindlichen Definitionen und Beschreibungen von Spiritualität, die einen personenzentrierten bzw. individuellen Ansatz aufweisen und dessen Chancen und Gefahren ausführlich diskutiert werden. Es wird ausführlich recherchiert, was spirituelle Begleitung bedeutet und dass sie eine Aufgabe aller ehren- und hauptamtlichen Arbeitsfelder ist, die nicht bei einer multiprofessionellen Basis belassen werden kann, sondern Interprofessionalität erfordert. Dabei sind An- und Zugehörige wie auch Mitarbeitende im Adressatenkreis eingeschlossen. In Folge ist es konsequent, dass spirituelle Begleitung als Aufgabe näher beschrieben wird. Zentral ist nicht der Gedanke professioneller, im Sinne komplexer Begleitungshandlungen, sondern „unspektakuläres Da-Sein, Sich-Zeit-Nehmen und Nicht-Allein-Lassen. [...] Heilsame zwischenmenschliche Begegnung und Begleitung impliziert [...] ein Stück Weg mitzugehen, Nähe und Distanz immer neu auszubalancieren, die Geheimnishaftigkeit menschlicher Existenz zu wahren und gerade dann dabeizubleiben, wenn es schwierig wird“ [Nauer 2015, S. 65]. Die Herausforderung „spirituelle Begleitung“ zielt zwar auf den kranken Menschen und sein Umfeld, schließt aber die Selbst-Sorge im Sinne einer persönlichen Auseinandersetzung mit Spiritualität als Quelle der Mitarbeitenden mit ein. Weil die Erhebung spiritueller Bedürfnisse für Mitarbeitende des Gesundheitswesens nicht notwendig ohne Vorbereitung und methodischer Unterstützung gelingt, werden Instrumente vorgestellt. Welche Kompetenzbereiche bzw. -grenzen auch immer in den einzelnen Arbeitsfeldern gesehen werden, wird konstatiert, dass spirituelle Begleitung nicht ohne Vorbereitung bzw. Schulung adäquat geleistet werden kann, wenngleich es keinen Konsens darüber gibt, wie diese Vorbereitung inhaltlich und zeitlich festzulegen ist. Wohl aber gibt es eine Einigkeit, dass Begleitung in Form von Gespräch und ebenso unerlässlich auf nonverbale Weise stattfindet. Es bleibt nicht unerwähnt, dass kranke Menschen spirituelle Unterstützung aus dem privaten Umfeld durchaus der Begleitung Ehren- und Hauptamtlicher vorziehen.

Es ist konsequent, dass eine umfassende Auseinandersetzung mit dem Verhältnis von spiritueller Begleitung durch Mitarbeitende des Gesundheitswesens und Seelsorge durch qualifizierte Seelsorgende stattfindet einschließlich der Frage, inwiefern Seelsorgende das Konzept von Spiritual Care zu ihrem Selbstverständnis zählen. Trotz vieler offener Fragen innerhalb dieser Verhältnisbestimmung ist an Seelsorge als unverzichtbares Angebot festzuhalten und darüber hinaus zu bedenken, dass Seelsorgern in der Befähigung anderer Berufsfelder in spiritueller Begleitung eine nicht zu unterschätzende Aufgabe zukommt. Offen, aber nicht unerwähnt bleibt die Frage, wie kirchliche Seelsorge strukturell in ein Palliativteam integriert werden kann. Bei aller Gemeinsamkeit mit Spiritual Care wird auch in der Abgrenzung zu Spiritual Care das Potenzial bzw. das Spezifische der Seelsorge herausgearbeitet. Ein deutliches Votum wird formuliert, christlich-kirchliche Seelsorge als eigenes Angebot und mit einem klaren Seelsorgeprofil zu bewahren und nicht dem System Gesundheitswesen vollends zu unterwerfen sowie die Herausforderung Spiritual Care ernst zu nehmen.

Es sind über Begleitung von kranken Menschen in Krankenhäusern hinaus alle Versorgungskontexte im Blick. Der stark palliative Bezug wird eingangs relativiert durch die Klarstellung, dass Palliative Care nicht auf Menschen in der letzten Lebensphase begrenzt ist, sondern überall dort greift, wo eine lebensbegrenzende, lebensbedrohliche, chronische oder andere unheilbare, nicht unmittelbar zum Tode führende Situation vorliegt.

Als Überblicksarbeit werden bestehende Publikationen aus Praxis und Forschung in Sinneinheiten zusammengefasst und mit eigenen weiterführenden Fragen und Antworten angereichert. Ob Zitate aus Publikationen stets im Sinne der zitierten Autoren eingesetzt werden, darf hinterfragt werden. Allerdings darf die Gesamtschau mit eigenen Impulsen der Autorin als Weg betrachtet werden, die eigene Sicht auf die Thematik fundiert zu hinterfragen und weiterzuentwickeln, nicht zuletzt deshalb, weil kritische Anfragen verschiedenster Art an den derzeitigen Stand der fachlichen Diskussion umfangreich gestellt werden. Das Werk von Doris Nauer ermutigt zu einer kritischen Auseinandersetzung, allerdings bietet es weder empirische Daten noch einen Schulungsansatz trotz der Feststellung, dass Spiritual Care alle Mitarbeitenden angeht und Kompetenzen, bis zu welchem Grad auch immer, erforderlich sind. Dies ist aber konsequent, weil der Fokus auf der (Neu)Konturierung von Seelsorge liegt.

2.2.4. Spiritual Care bei Michael Klessmann

In seinem im Jahr 2013 herausgegebenen Sammelband verschiedener Autoren speziell zur evangelischen Krankenhausseelsorge werden die praktische wie auch die kirchliche Perspektive auf das Feld beleuchtet. Insbesondere auf dem Hintergrund der aus Palliative Care entstandenen Forderung nach Spiritual Care im Kontext von Medizin wird die Positionierung von kirchlich verantworteter Seelsorge als notwendig erachtet. Dabei wird zugrunde gelegt, dass Krankenhausseelsorge von der Kirche beauftragt ist, während Spiritual Care, als Aufgabe aller betrachtet und im Rahmen der sonstigen Primärtätigkeit ausgeführt, von der Hospiz- und Palliativeinrichtung verantwortet ist.

Evangelische Krankenhausseelsorge fokussiert nicht nur den kranken Menschen evangelischer Konfession. Sie hat jeden kranken Menschen unabhängig seiner Religionszugehörigkeit im Blick. Und sie zeigt Verantwortung für den Kollegenkreis, denn die Sorge für und gleichermaßen die Zusammenarbeit mit Mitarbeitenden anderer Berufe wie Pflege und Medizin wird als Grundlage betrachtet.

Bereits in der Einführung wird – bevor Spiritual Care überhaupt in den Blick genommen wird – durch die Möglichkeiten eines verbesserten Arzt-Patienten-Verhältnisses das Informations- und Aufklärungsgespräch auf rein medizinischer Ebene als Vermeider von spirituellem Stress [Klessmann 2013, S. 35f] genannt. Spiritualität setzt nicht erst beim kranken Menschen an, was am Beispiel der Seelsorge in einer Frauenklinik unübersehbar ist. Krankenhausseelsorgende arbeiten darüber hinaus unter spezifischen Bedingungen und haben Akzente zu setzen wie beispielsweise Spiritualität in einer von Entlassungsmanagement, Fehlbelegung, Ablaufoptimierung geprägten Umgebung eines ökonomisierten Krankenhauses. Seelsorgende stehen im Spannungsfeld zwischen Krankenhausseelsorge und Krankenseelsorge. Der Begriff Spiritualität wird durchaus konkret beleuchtet, allerdings ist durchgängig indirekt erkennbar, dass das Spiritualitätsverständnis des Betroffenen den zentralen Handlungsansatz bildet.

Für kirchliche Seelsorge stellt der Ansatz von Spiritual Care im besonderen Kontext des Krankenhauses auch eine besondere Herausforderung dar. Nehmen auch andere Berufsgruppen Haltungen, Techniken und Kompetenzen [Klessmann 2013, S. 61] ein, die der Seelsorge in ihrem „Zwischen-Raum“ vorbehalten war, ist das Selbstverständnis von (klinischer) Seelsorge unmittelbar berührt. Denn Spiritual Care geht, wenn auch von Palliative Care her kommend, weit über sie hinaus, weil es um Gesundheit und Krankheit generell geht, nicht nur um den Prozess unheilbarer Erkrankung oder des Sterbens.

Wenn die Anliegen und Sorgen der kranken Menschen das zentrale Anliegen sind, benötigen diese zu einer inhaltlichen Weitung hin zu Spiritual Care und zu einer strukturellen Weitung hin zur Kooperation mit den beteiligten Berufsgruppen. Wenn die gemeinsame Sorge in den Vordergrund tritt, ist das Spezifische der Seelsorge zu klären. Ihr eigen ist die „Sorge um die Teilnahme und Teilhabe am Leben in der Gottesbeziehung, aus der heraus sich alle andere Beziehungen gestalten“ [Klessmann 2013, S. 69]. Die weitere Spezifizierung der Rolle von Spiritualität und Seelsorge, wenn Spiritual Care als bedeutsam im Krankenhausalltag gedacht wird, wie auch ihre Chancen werden verdeutlicht. Wobei auf dem Hintergrund dessen, dass auch Angehörige und Freunde wichtige spirituelle Begleiter sind, die Rolle der Seelsorge nicht nur in der Begleitung selbst liegt, sondern in der Befähigung und Unterstützung der Berufsgruppen, für spirituelle Themen ansprechbar und resonanzfähig zu sein. Dass dies Fragen nach Dokumentation, Seelsorgegeheimnis, Abrechnung mit sich bringt, wird nicht verschwiegen.

Die Einblicke in verschiedene spezielle Handlungsfelder von Seelsorge, wie z.B. Intensivmedizin, Psychiatrie, Palliativmedizin zeigen mehreres auf: Seelsorgerliches Handeln kann nicht ersetzt werden. Allerdings entfaltet es seine maximale Wirkung im Sinne der Kranken oft erst dann, wenn das ganze Behandlungsteam die spirituelle Dimension als ihren Auftrag sieht. Multiprofessionelle Zusammenarbeit unter Beibehaltung des besonderen seelsorglichen Profils können für die kranken Menschen existenziell werden. Was spirituelle Begleitung bedeutet, zeigen die Beispiele aus den verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen eindrücklich auf. Die praxisnahen Ausführungen erlauben weiterführende Ausarbeitungen, wie spirituelle Begleitung von Seelsorgenden und Mitarbeitenden anderer Berufe für die Betroffenen gelingen kann. Es erfordert die Bereitschaft aller, sich in einem somatisch ausgerichteten Medizinbetrieb einzugestehen, dass Patienten auch nicht-somatische behandlungsbedürftige Ursachen und Sorgen mitbringen und über die medizinisch-pflegerische Versorgung hinaus einer Begleitung gut tun und die (verborgenen) Ängste der Patienten Aufmerksamkeit bedürfen. Die verschiedenen Versorgungskontexte zeigen eindrücklich drei elementare Voraussetzungen:

- Qualifizierte Seelsorge ist unersetzlich, besonders jene Seelsorge, die das Konzept von Spiritual Care lebt, ohne es ausdrücklich so zu bezeichnen, wie z.B. Seelsorge mit Suizidenten oder HIV-Erkrankten.
- Spirituelle Begleitung durch Mitarbeitende aller Berufe ist unersetzlich.
- Die interprofessionelle Zusammenarbeit aller ist unersetzlich.

Indem Seelsorge mit Angehörigen und Mitbetroffenen ebenso separat aufgegriffen wird wie Seelsorge an Mitarbeitenden, ist eine umfassende Perspektive beschrieben.

In der Fortführung dieser Überzeugung wird ausgeführt, was dies für kirchliches Handeln bedeutet. Erwartungen an die Seelsorge werden ergänzt um Erwartungen an die Kirche als Träger von Seelsorge in säkularen Institutionen, in denen Sinnfragen gestellt und spirituelle bzw. religiöse Bedürfnisse geäußert werden. Die Ausarbeitungen lassen durch Beispiele viele Details erkennen, worauf es in der Seelsorge, aber auch in der Sorge um den Menschen generell, ankommt. An die Chance von Gottesdiensten in Krankenhäusern, die kranken und sonst kirchenfernen Menschen fernab ihres Zuhauses einen Zugang zu kirchlichen Angeboten, aber letztlich zu ihren eigenen spirituellen Bedürfnissen, eröffnen, wird hingewiesen. Der Nutzen ökumenischer Zusammenarbeit wird ausgeführt, ohne auf Spiritual Care explizit zu verweisen. Die Grundausrichtung von Spiritual Care aber im Blick wird konsequent die Einbindung des Ehrenamtes in die Seelsorge diskutiert und durch die Herausarbeitung des Unterschiedes zur hauptamtlichen Seelsorge konturiert und gefördert. Dies schließt eine ausführliche Darstellung der Notwendigkeit und der wichtigsten Inhalte und Ziele von Aus- und Fortbildung für Krankenhausseelsorge mit ein. Damit legt Michael Klessmann ein Werk vor, das ehren- und hauptamtliche Seelsorgende auf die Begleitung von Menschen, die in einer pluralen Gesellschaft leben und in der säkularen Institution Krankenhaus temporär und in einer für sie herausfordernden, teils krisenhaften Lebensphase versorgt werden, realistisch vorbereitet. Die Ausführungen bieten zwar kein Schulungskonzept für spirituelle Begleitung durch Menschen, die außerhalb von Seelsorge Begleitungsarbeit vollziehen. Wohl aber sind ausreichend bedenkenswerte Anknüpfungspunkte gegeben, die beachtenswerte Impulse für die Inhalte spiritueller Begleitung und ihrer Schulung bieten. Die Autorenauswahl gewährleistet einen tiefen und detaillierten Praxisbezug, der wissenschaftliche Impulse nicht vermissen lässt. Die Inhalte können für die Praxis nutzbar gemacht werden. Insbesondere bieten sie einen Zugang zur Abgrenzung professioneller Seelsorge und spiritueller Begleitung durch andere Berufsgruppen und erlauben einen Einblick in den Schulungsbedarf.

2.2.5. Zusammenfassende Einschätzung

Spiritualität und Spiritual Care sind keine Themen, die ausschließlich im Alter oder bei schwerer Erkrankung an Relevanz gewinnen. Es handelt sich um Lebens-themen. Alter und Krankheit einschließlich ihrer begleitungsrelevanten Abschnitte sind keine kurzfristigen und punktuellen Ereignisse, sondern meist längere Prozesse. Die Versorgung betagter und kranker Menschen findet überwiegend in deren Zuhause statt. Damit ist die Frage angesprochen, wie das Konzept von Spiritual Care in der ambulanten Versorgung umgesetzt und spirituelle Begleitung gewährleistet werden können. Der Aufenthalt in einem Krankenhaus stellt trotz der hohen Sterbequote in diesen Häusern nur einen Teil des Weges für alte und kranke Menschen dar. Zudem trifft Seelsorge auf Menschen, die aufgrund einer Krankenhauseinweisung in einer besonderen und besonders belasteten Lebens-situation sind und arbeitet in komplexen, medizinisch ausgerichteten Strukturen, die über die Sorge um den kranken Menschen im System Krankenhaus zusätzliche Aufgaben mit sich bringt. Die Fokussierung der Autoren auf Kranken-hausseelsorge ist daher unverhältnismäßig in der grundlegenden Auseinander-setzung mit Spiritual Care. Allerdings ist dieser Zugang geeignet, in diesem speziellen Versorgungskontext das Verhältnis von Seelsorge und Spiritual Care bzw. die Abgrenzung von qualifizierter Seelsorge und spirituelle Begleitung durch alle Berufsgruppen zu diskutieren. Die Engführung erfüllt dann ihren Zweck, wenn sie in der Auseinandersetzung von z.B. Gemeindeseelsorge mit Spiritual Care mündet und beschreibt, wie Begleitung auf ehren- und hauptamtlicher Basis im ambulanten Sektor gelingen kann. Einen ersten Schritt haben alle Autoren bereits getan, indem sie Spiritualität als anthropologische Konstante anerkennen und spirituelle Begleitung als Aufgabe aller Berufsgruppen betrachten. Jene mit einem primär praktischen und erfahrungsbezogenen Ansatz sind eine solide Basis für weitere Entwicklungen.

Die Werke von Nauer, Heller, Klessmann und Weiher weisen Feldkenntnisse für alle Mitarbeitenden als erforderlich aus, aber befassen sich kaum damit, Schulungsansätze zu formulieren. Einen empirischen Zugang zum Thema hat keiner der Autoren gewählt. Alle exemplarisch ausgewählten Werke spiegeln die derzeit verfügbare Fachliteratur insofern wieder, als dass sie weder eine wissen-schaftliche Basis noch Ansätze dafür bieten, spirituelle Begleitung im Arbeitsfeld ehrenamtlicher Hospizbegleitung zu beschreiben.

2.3. Implikationen für ehrenamtliche Hospizarbeit

Aus wissenschaftlicher, politischer, historischer und fachlicher Perspektive ist die spirituelle bzw. religiöse Seite menschlichen Lebens in Krisensituationen und insbesondere am Lebensende begleitungsrelevant. Auf allen Ebenen gibt es bislang beachtenswerte Entwicklungen, Ergebnisse und Forderungen. Diese haben das Feld beleuchtet, einen Überblick geschaffen und einen Zugang ermöglicht.

Allerdings bleiben die Begleitungsmöglichkeiten im Feld der ehrenamtlichen Hospizarbeit einschließlich der dafür erforderlichen Bildungsmaßnahmen klärungsbedürftig. Die Notwendigkeit von Klärungen und Entwicklungen bezieht sich auf Forschung und Praxishilfen gleichermaßen.

Es fehlen empirische Daten, die den Begleitungs- und Bildungsbedarf beschreiben und Schulungsmaßnahmen konkretisieren. Die Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Schulungskonzepts muss die Vorbereitung von Hospizbegleitern z.B. auf Gesprächssituationen spirituellen Inhalts ermöglichen. Es fehlt der Nachweis, welche Schulungsinhalte und -ziele geeignet sind, um Wahrnehmungs-, Deutungs- und Handlungskompetenz zu fördern. Nach den bisherigen Ausführungen ist die Schlussfolgerung zulässig, dass ein Curriculum zur Schulung von Spiritualität diese Lücke schließt.

Ziel ist es dabei nicht, festzulegen, was Spiritualität am Lebensende bedeutet. Vielmehr geht es darum, einen curricularen Rahmen zu schaffen, der es den Hospizdiensten ermöglicht, Spiritualität und spirituelle Begleitung nach dem Konzept von Spiritual Care so zu schulen, wie sie es inhaltlich in ihrem Hospizdienst als sinnvoll erachten. Ein Curriculum hätte deshalb einen Spannungsbogen zu erfüllen: einerseits ist eine Basis zu entwickeln, die eine Schulungsorientierung gibt, und andererseits ist eine Dynamik zu ermöglichen, die es aufgrund der Personenbezogenheit des Spiritualitätsbegriffs braucht. Die vorliegende Arbeit bietet die wissenschaftliche Grundlage zur Entwicklung dieses Curriculums.

3. Forschungsziel

Das Forschungsprojekt ist zu verorten in der Praxis von Palliativfachkräften, die in der Funktion der Koordination (zur begrifflichen Verwendung siehe Glossar) ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter schulen und in ihrer praktischen Arbeit begleiten bzw. weiter qualifizieren. Nicht zuletzt aufgrund gesetzlicher Vorgaben (1.3.2) und der in der Praxis vorzufindenden Begleitungsrealität (1.5) stehen sie vor der Notwendigkeit, spirituelle bzw. religiöse Aspekte in den Schulungskontext einzuarbeiten. Die Kernfrage ist deshalb:

Wie ist Spiritual Care in der Schulung von ehrenamtlichen Hospizbegleitern lehrbar?

Die Bearbeitung dieser Forschungsfrage ist im Kontext von Medizin nicht in der Versorgungsforschung verortbar, sondern leistet vielmehr einen Beitrag zur Qualifizierung im Gesundheitswesen.

Es sind drei Teilziele erforderlich:

1. Erhebung der Schulungspraxis in den ambulanten Hospizdiensten im Themenfeld Spiritualität in Deutschland (Stufe I)
2. Bestimmung der wichtigsten Schulungsziele und -inhalte eines Curriculums aus Sicht der Praktiker (Stufe II)

Mit diesen Ergebnissen kann ein Curriculum (Version 1) entwickelt werden. Es gibt keine verbindlichen Kriterien oder Verfahren, wie die Anwendbarkeit eines Schulungskonzepts geprüft werden könnte. Deshalb ist ein weiterer Forschungsschritt erforderlich:

3. Evaluierung des (auf Basis der Daten aus den Stufen I und II entwickelten) Spiritual-Care-Schulungskonzepts durch Praktiker hinsichtlich Anwendbarkeit, Verbesserungs- und Erweiterungspotenzial (Stufe III)

Auf der Basis dreifacher empirischer Fundierung wird ein Curriculum (Version 2) vorgelegt. Das Forschungsprojekt hat in allen Entwicklungsstufen die Einbindung von Koordinationspersonal in Schulung und Praxis im Blick. Der Forschungsprozess muss dem Grundsatz „Forschung – aus der Praxis für die Praxis“ gerecht werden. Konkrete Qualitätsstandards, denen das Curriculum unterzogen werden könnte, gibt es bislang nicht, denn „mit der Reflexion über die Qualitätsmaßstäbe, die Entwicklung von Standards und die Sicherung dieser Maßstäbe einschließlich der Evaluation dieser Arbeit, mit diesen Aufgaben stehen wir in der Hospiz ob ihrer kurzen Geschichte gerade am Anfang [Burgheim 2006, S. 71]. Wenngleich es keine verbindlich vorgeschriebenen Qualitätsstandards gibt, ist dennoch wegweisende und in der Fachwelt anerkannte Fachliteratur verfügbar. Schulungsmaßnahmen in ehrenamtlicher Hospizbegleitung müssen Unterricht in den Bereichen Wissen, Fertigkeiten und Haltung vorweisen [Müller und Heinemann 2015, S. 33]. Deshalb muss sich ein Curriculum an dieser Vorgabe messen.

3.1. Stufe I: Spiritual-Care-Schulungspraxis in Deutschland

Die erste Erhebung beleuchtet die aktuelle Schulungspraxis in deutschen Hospizdiensten im Themenfeld Spiritualität. Konkret sollte ersichtlich werden, 1. welche Bedeutung dem Thema beigemessen wird, 2. wer die Unterrichtsziele bestimmt, wie 3. die Referenten rekrutiert werden und 4. welche Qualifikation bzw. Erfahrung sie für den Unterricht ausweisen bis hin zu 5. Rückschlüssen darauf, wie seelsorgliche Aspekte mit der praktischen Hospizarbeit in Verbindung gebracht sind. Es sollte deutlich werden, welche Bedeutung Spiritual Care durch Ehrenamtliche beigemessen wird. Fragen zur Schulung der Ehrenamtlichen generell sollten Einblicke in den Schulungskontext als Ganzes geben. Sollte das Ergebnis auf Schulungsbedarf hinweisen, ist die Durchführung der Stufen II und III konsequent.

3.2. Stufe II: Schulungsziele und -inhalte zur Entwicklung eines Spiritual-Care-Schulungskonzepts

Die zweite Erhebung zielt darauf ab, jene Unterrichtsziele und -themen zu erfassen, die aus der Perspektive von Koordinationskräften bzw. von aktuell Lehrenden in der Spiritual-Care-Schulung ehrenamtlicher Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter von zentraler Bedeutung sind. Konkrete Inhalte und Unterrichtsmethoden sollten gleichermaßen thematisiert werden.

3.3. Stufe III: Evaluierung des Spiritual-Care-Schulungskonzepts

Basierend auf den Ergebnissen von Stufe II sollte ein erstes Curriculum (Version 1) entwickelt werden, das die Bereiche Wissen, Fertigkeiten und Haltung abdeckt und einem Praxistest unterzogen wird. Insbesondere auf dem Hintergrund, dass durch das Fokusgruppeninterview zwar die wesentlichen Unterrichtsthemen und -ziele transparent geworden sind, nicht aber ausreichend Details zu den Unterrichtsmethoden in den einzelnen Themenbausteinen, ist eine Überprüfung erforderlich.

Die Evaluation sollte Daten enthalten, die Aussagen zulassen über die Anwendbarkeit des Curriculums für Lehrende als Ganzes. Es sollten zudem Informationen abgerufen werden zum Verbesserungs- und Erweiterungspotential hinsichtlich Inhalt, Unterrichtsumfang und Unterrichtsmethoden.

Die qualitative Abfrage von Unterrichtszielen für jedes einzelne Unterrichtsthema sollte detaillierte Daten festhalten, um die Erwartungshaltungen an die Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter zu konkretisieren und darauf aufbauend den Unterricht konkreter auszurichten. Die Daten aus der gesamten Evaluation müssen deshalb detailliert genug sein, um eine praxisnahe Weiterentwicklung des Curriculums (Version 2) zu gewährleisten.

4. Methodische Umsetzung

Die enge Verknüpfung von Praxis und Forschung im gesamten Forschungsprojekt ist gezielt vorgesehen und wird an verschiedenen Stellen durch differenzierte Erhebungsmethoden ersichtlich:

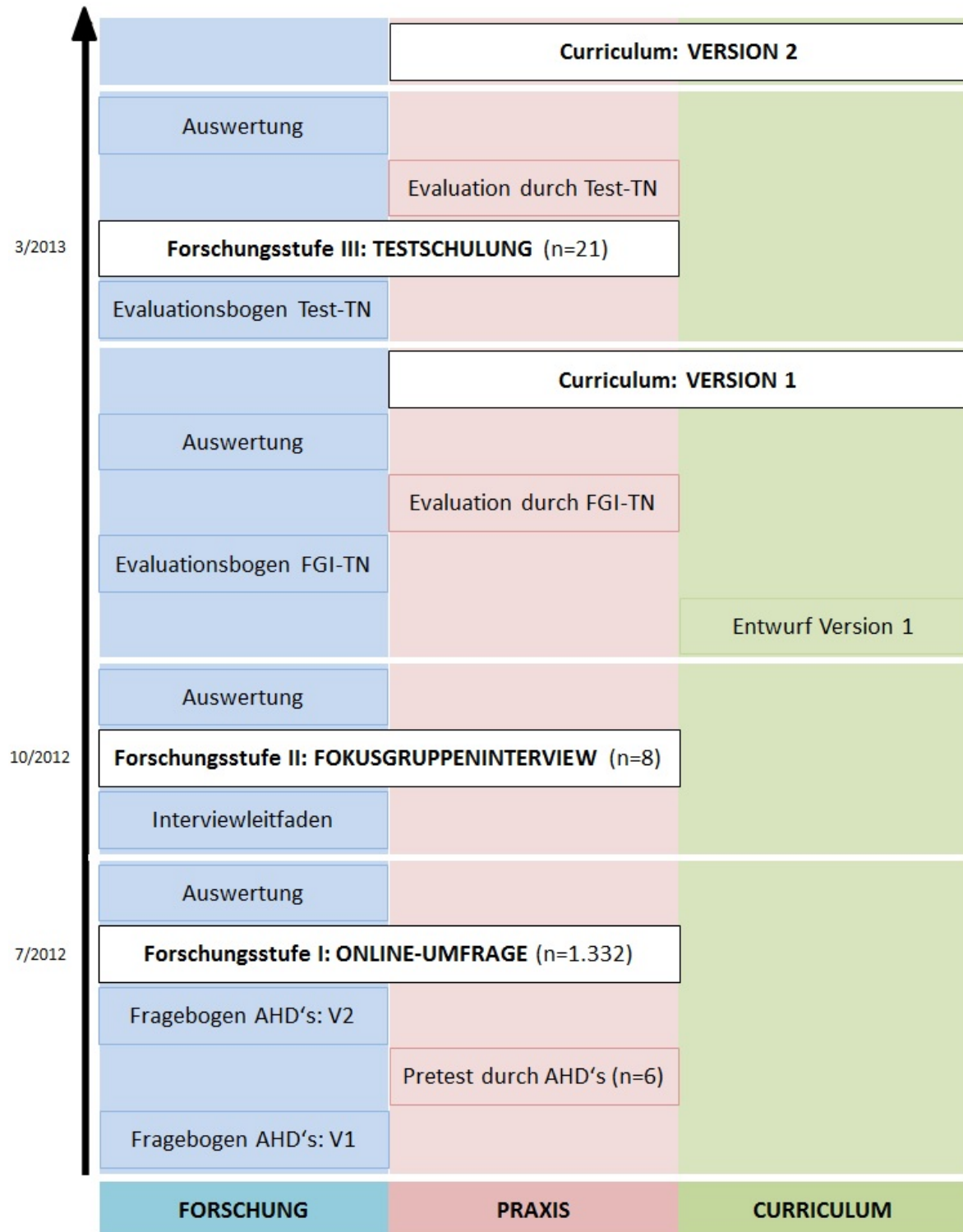


Abbildung 1: Forschungsprozess

(AHD's: Ambulante Hospizdienste; FGI: Fokusgruppeninterview; TN: Teilnehmende)

Die einzelnen Forschungsstufen bedeuten im Einzelnen:

- Stufe I: Online-Umfrage zur Erhebung der Spiritual-Care-Schulungssituation in Deutschland
- Stufe II: Fokusgruppeninterview zur Erhebung der Spiritual-Care-Schulungsdetails
- Stufe III: Evaluierung des Curriculums mittels einer Multiplikatorenschulung für Koordinationskräfte bzw. Spiritual-Care-Referenten ambulanter Hospizdienste

Die Ergebnisse der Stufen I und II ermöglichen einen ersten Entwurf des Curriculums (Version 1). Nach Abschluss der Evaluierung (Stufe III) ist es möglich, ein publikationsfähiges Curriculum (Version 2) vorzulegen, das als Standard etabliert werden kann.

4.1. Stufe I: Spiritual-Care-Schulungspraxis in Deutschland

Um valide Daten zu erhalten, ist die Befragung von möglichst vielen Experten zielführend, das Themenspektrum soll dabei breit angelegt sein. Um dieses Ziel zu erreichen, eignet sich ein Fragebogen. Mittels einer quantitativen Umfrage waren deshalb die 1332 ambulanten Hospizdienste in Deutschland gebeten, ihre Erfahrungen und ihre Praxis bezüglich der Schulung im Themenfeld Spiritualität mitzuteilen. Der Fragebogen wurde eigens für diese Forschungsarbeit entwickelt. Da es keine Datenerhebungen ähnlicher Art im Feld von Hospiz- und Palliativarbeit vorweg gab, konnte nicht auf erprobte Fragebögen zurückgegriffen werden. Die Adressen wurden dem Hospiz- und Palliativwegweiser (www.wegweiser-hospiz-und-palliativmedizin.de) im Juni 2012 entnommen. Die Einladung zur Umfrage erfolgte schriftlich per Brief. Die Dienste wurden damit über das Forschungsvorhaben informiert und gebeten, einem Link zum Umfrage-Portal im Internet zu folgen. Die Umfrage selbst erfolgte online und war freigeschaltet von Juli bis September 2012. Ein Erinnerungsschreiben im August 2012 erbrachte die abschließende Rücklaufquote.

Einschlusskriterium für die Teilnahme an der Erhebung war das Merkmal „ambulanter Hospizdienst für Erwachsene“.

Von der Teilnahme ausgeschlossen waren:

- Kinder- und Jugendhospizdienste,
- Einrichtungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV),
- Einrichtungen, die ohne ehrenamtliche Hospizbegleiter arbeiten und
- stationäre Einrichtungen wie Hospize, Palliativstationen.

Befragt wurden die (ehren- oder hauptamtlichen) Koordinationskräfte der ambulanten Hospizdienste u. a. zu allgemeinen Angaben zum Hospizdienst, zu Spiritualität und spiritueller Begleitung in der ambulanten Hospizarbeit und zum Vorbereitungskurs für ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter.

Es wurde eine Pretest-Version entwickelt, die mit sechs ambulanten Hospizdiensten überprüft wurde. Die mittels eines Fragebogens erhobenen Rückmeldungen wurden als Freitext erhoben. Durch die Rückmeldungen konnte die Pretest-Version zu einer Endversion mit 49 Items (siehe: Anhang: Fragebögen und Interviewleitfaden, Stufe I) entwickelt und im Online-Portal freigeschaltet werden. Die Befragung beinhaltete Einfach-, Mehrfach- und Freitext-Antworten sowie NRS-Skalen (NRS = Numerische Rating Skala) von 1 bis 10. Das Portal zeichnete sich durch eine hohe Anwenderfreundlichkeit aus (z.B. vor- und zurückblättern, Ändern bereits gemachter Angaben, Unterbrechung der Teilnahme und spätere Fortsetzung). Die Befragung wurde anonym durchgeführt. Die Auswertung erfolgte mittels SPSS 21. Ein Votum der Ethikkommission war nicht erforderlich.

4.2. Stufe II: Schulungsziele und -inhalte zur Entwicklung eines Spiritual-Care-Schulungskonzepts

Um die wichtigsten Schulungsziele und -inhalte eines Curriculums zu ermitteln, ist eine begrenzte Menge Befragter unter Wahrung eines offenen, breiten thematischen Spektrums förderlich. Deshalb ist ein Fokusgruppeninterview mit Experten zielführend. Die Methode des leitfadengestützten Fokusgruppeninterviews bietet die Möglichkeit, dass die Befragten über ihre eigene fachliche Meinung hinaus die Ansichten anderer Interviewteilnehmenden reflektieren und den eigenen Meinungsbildungsprozess befruchten. So werden auf der Grundlage spezifischer, ausgewiesener Regeln (direktiv und nicht-direktiv, text- und problemorientiertes Sinnverstehen) [Kruse 2011] Beiträge durch die Interviewteilnehmenden eingebracht in einer Weise, dass diese sich einander selbst- und fremdpositionieren.

Um Daten zu den Schulungszielen und -inhalten zu generieren, ist der Ansatz in der ersten Stufe des halbstrukturierten Interviewleitfadens deduktiv. Innerhalb der beiden Themenfelder (Schulungsziele und -inhalte) ist der Ansatz induktiv. Ziel des Interviews ist das subjektive Empfinden der Teilnehmenden [Przyborski und Wohlrab-Sahr 2010], weshalb das subjektive Sinnverstehen der Befragten zu beiden Themenfeldern angesprochen ist.

Zwölf Koordinationskräfte bzw. Spiritual-Care-Referierende ambulanter Hospizdienste in Bayern wurden eingeladen, die in ihren Hospizdiensten in die Schulung Ehrenamtlicher eingebunden sind. Acht unter ihnen haben die Einladung angenommen. Um Bias zu verhindern, erfolgte die Auswahl der Einzuladenden entlang konkreter Parameter. Die Einladungen waren dabei auf jene fokussiert, die

a) den Träger betreffend:

- in Hospizdiensten mit wenigen und vielen Ehrenamtlichen tätig sind,
- Hospizdienste in konfessioneller und konfessionsunabhängiger Trägerschaft vertreten,

b) Berufs- und Lehrerfahrung betreffend:

- Berufserfahrung, aber unterschiedlich ausgeprägte Lehrerfahrung in Spiritual Care haben,
- unmittelbar mit ehrenamtlichen Hospizbegleitern zusammenarbeiten und somit über gute Kenntnisse der Praxis ehrenamtlicher Hospizbegleitung verfügen,
- Kenntnisse über spirituelle Bedürfnisse und Nöte von Kranken, Sterbenden und Zugehörigen besitzen und

c) persönliche Fähigkeiten betreffend:

- in der Lage sind auszudrücken, welche Aspekte eine Spiritual-Care-Schulung für Ehrenamtliche abdecken sollte.

Keine Rolle spielte die Einstellung der Experten gegenüber Spiritualität. In der Annahme, dass unter diesen Voraussetzungen die Kursanforderungen ausreichend zur Sprache kommen, ist die Erreichung des Forschungsziels gewährleistet.

Die Teilnehmenden wurden darüber informiert, dass das Interview auf Tonband aufgezeichnet und transkribiert wird, um aus den Ergebnissen ein Curriculum zu entwickeln. Damit ging die Einverständniserklärung einher. Das Fokusgruppeninterview wurde von einem erfahrenen Moderator geleitet, zu dem keiner der Teilnehmenden einen professionellen oder privaten Kontakt hatte. Es dauerte zwei Stunden.

Die Entwicklung des Interviewleitfadens (siehe: Anhang: Fragebögen und Interviewleitfaden, Stufe II) erfolgte anhand der Empfehlungen aus der qualitativen Sozialforschung [Helfferich 2005; Kruse 2014; Diekmann 2007]. Die Diskussion wurde mit der öffnenden Frage „Was ist Ihnen wichtig, wenn Sie an den Themenkomplex Spiritualität in der Schulung der Hospizbegleiter denken?“ eröffnet. Die erforderlichen Schulungsinhalte, -ziele und -methoden wurden mittels detaillierter Subfragen

- „Was meinen Sie muss im Unterricht vorkommen?“
- „Was wäre Ihr Ziel mit diesem Themenkomplex?“
- „Wie kann man eigentlich Spiritualität lehren?“

zur Sprache gebracht.

Das Interview wurde transkribiert und von zwei unabhängigen Forschern ausgewertet. Dabei wurde die thematische Inhaltsanalyse (thematic content analysis, TCA) [Anderson 2007] angewandt, um die Antworten für die drei Teilfragen zu extrahieren. Die Ergebnisse wurden durch eine Konsensdiskussion kategorisiert. Auf diese Weise wurden Themeninhalte, Unterrichtsziele und Hinweise auf Unterrichtsmethoden extrahiert. Diese bilden unter Rückgriff auf Fachliteratur die Grundlage für die Entwicklung der endgültigen Unterrichtsbausteine des Curriculums (Version 1).

4.3. Stufe III: Evaluierung des Spiritual-Care-Schulungskonzepts

Das aus dem Fokusgruppeninterview (Forschungsstufe II) entwickelte Curriculum (Version 1) sollte mit Koordinationskräften bzw. Spiritual-Care-Referierenden ambulanter Hospizdienste als Multiplikatorenschulung getestet und weiterentwickelt werden (Version 2). Dazu fand im März 2013 ein zweitägiger Testlauf (Forschungsstufe III) statt.

Durch die Förderung des Projekts durch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen war der Kreis der Einzuladenden auf den Freistaat Bayern begrenzt. Deshalb wurden alle 143 bayerischen Hospizdienste informiert und schulungserfahrene Koordinationskräfte oder Lehrende zu einer kostenfreien Teilnahme an einem Testlauf des Curriculums eingeladen. Die Plätze wurden nicht nach Qualifikation oder anderen demographischen Angaben (Alter, Geschlecht, anderes), sondern nach dem Eingang der Anmeldungen vergeben, d.h. eine Steuerung der Teilnahme von anderen Auswahlkriterien als

das Anmeldedatum waren nicht vorgesehen. Vielmehr war von Relevanz, dass die Teilnehmenden Erfahrung in Koordination und / oder Schulung Ehrenamtlicher mitbringen.

Eine begrenzte Menge Befragter und ein begrenztes thematisches Spektrum in der Abfrage, die einzeln und nicht im Dialog untereinander stattfinden soll, führten zu den erforderlichen Daten. Deshalb wurde die Multiplikatorenschulung zu drei Zeitpunkten mittels Fragebögen evaluiert. Die Teilnehmenden

- a) wurden vorab (T1) gebeten,
 - Angaben zu Rolle bzw. Funktion und zu ihrer Erfahrung bezüglich des Spiritual-Care-Unterrichts mit Hospizbegleitenden zu machen;
- b) sollten am Ende des ersten Tages (T2) und am Ende des zweiten Tages (T3) angeben,
 - wie sie den Umfang des jeweiligen Themas beurteilen,
 - ob sie die Inhalte eines jeden Themas als zielführend einschätzen,
 - ob sie die Methoden eines jeden Themas als zielführend betrachten und
 - welche Unterrichtsziele je Thema erreicht werden müssten;
- c) mussten zusätzlich am Ende des zweiten Tages (T3) angeben,
 - ob die Schulungsinhalte und -methoden insgesamt geeignet sind, Hospizbegleiter auf ihren Dienst vorzubereiten,
 - ob das Curriculum bei der Gestaltung des Unterrichts für die Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter eine Hilfe sein wird und
 - welche 3 der insgesamt 11 Themen die Wichtigsten wären (Priorisierung).

Dabei waren unter b) der Unterrichtsumfang, die Inhalte und die Methoden mit einer Likert-Skala zu bewerten. Die Abfrage der Unterrichtsziele wurde qualitativ erhoben durch Freitext. Der Text wurde mittels thematischer Inhaltsanalyse (thematic content analysis, TCA) [Anderson 2007] unter Einhaltung der Auswertungsschritte vorgenommen, kategorisiert und zu Unterrichtszielen formuliert. Die Eignung der Inhalte / Methoden zur Vorbereitung der Hospizbegleitenden sowie die generelle Brauchbarkeit des Curriculums für Referierende unter c) wurden mittels NRS-Skalen festgestellt. Die Auswertung erfolgte mittels SPSS 21.

Die Möglichkeit eines weiteren Freitexts, um zusätzliche Anmerkungen zu machen, rundete den Fragebogen (siehe: Anhang: Fragebögen und Interviewleitfaden, Stufe III) ab.

Die Ergebnisse bilden die entscheidende inhaltliche Grundlage, um aus der Version 1 des Curriculums die Version 2 zu entwickeln.

5. Ergebnisse

5.1. Stufe I: Spiritual-Care-Schulungspraxis in Deutschland

5.1.1. Demographische Daten der teilnehmenden Dienste

a) Rücklaufquote und Verteilung der Umfrageteilnehmer auf Trägerstrukturen

Die Rücklaufquote betrug 25,0% (n=332). Die teilnehmenden Dienste verteilen sich auf folgende Trägerstrukturen:

	Anteil
Eingetragener Verein (e.V.)	n=179; 53,9%
Konfessioneller Wohlfahrtsverband	n=68; 20,5%
Konfessionsunabhängiger Wohlfahrtsverband	n=4; 1,2%
Lose Gruppierung ohne eigene Rechtsform	n=21; 6,3%
Andere Form von Trägerschaft	n=25; 7,5%
Keine Angabe	n=35; 10,5%

Tabelle 1: Trägerstruktur der ambulanten Hospizdienste

Mehr als die Hälfte (n=179; 53,9%) der teilnehmenden Hospizdienste wird von einem ehrenamtlichen Vereinsvorstand geleitet. Ein weiteres Fünftel (n=68; 20,5%) arbeitet unter dem Dach eines Wohlfahrtsverbandes. Ein geringer Teil arbeitet ohne gesetzte organisatorische Strukturen.

Der Großteil der Hospizdienste ist Mitglied in einem Landesverband; ebenso erhalten sie eine Förderung nach §39a SGB V:

	Mitgliedschaft im Landesverband	Förderung nach §39a SGB V
Ja	n=243; 73,2%	n=253; 76,2%
Nein	n=49; 14,8%	n=41; 12,3%
Keine Angabe	n=40; 12,0%	n=38; 11,4%

Tabelle 2: Mitgliedschaft der teilnehmenden Hospizdienste im Landesverband und Förderung nach §39a SGB V

Ein relativ hoher Anteil ist damit in einer landesweiten Vernetzungsstruktur sowie in einer finanziellen Förderstruktur, die beide Verpflichtungen mit sich bringen. Insbesondere die Inanspruchnahme der Förderung nach §39a SGB V beinhaltet Schulungsverpflichtungen, die mit dem Antrag auf die Förderung nachzuweisen sind (siehe 1.3.2).

Die teilnehmenden Hospizdienste haben die Frage nach der Stufenzugehörigkeit (siehe Glossar) wie folgt beantwortet:

	Anteil
Stufe 1: Ambulante Hospizinitiative und Hospizgruppe (AHI)	n=40; 12,0%
Stufe 2: Ambulanter Hospizdienst (AHD)	n=134; 40,4%
Stufe 3: Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst (AHPB)	n=122; 36,7%
Stufe 4: Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Pflegedienst (AHPP)	n=3; 0,9%
Andere Form des Dienstes ohne ehrenamtliche Hospizbegleiter/innen	n=4; 1,2%
Keine Angabe	n=29; 8,7%

Tabelle 3: Organisationsform der teilnehmenden Hospizdienste

Der überwiegende Teil ist in Stufe 2 und Stufe 3 organisiert. Diese Stufen bedeuten die Beschäftigung einer Koordinationskraft mit sozialpädagogischer, psychologischer oder ähnlicher Basisqualifikation (Stufe 2) bzw. mit pflegerischer Kompetenz (Stufe 3). Damit verfügt die Mehrheit der Dienste über hauptamtliches Koordinationspersonal, das Schulungsverantwortung für Ehrenamtliche inne hat.

b) Verteilung auf Bundesländer

Die an der Umfrage teilnehmenden Hospizdienste (n=332) verteilen sich auf folgende Bundesländer:

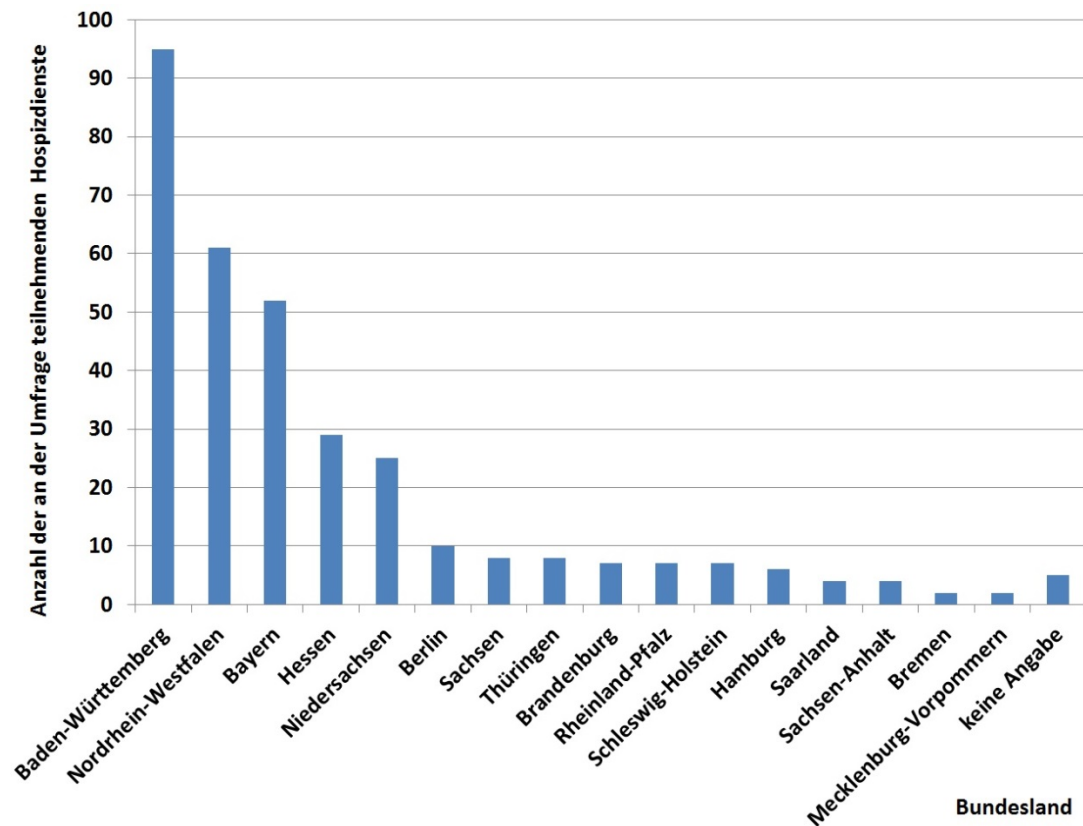


Abbildung 2: Verteilung der an der Umfrage teilnehmenden Dienste auf die Bundesländer

c) Größe der Hospizdienste

Die Größe der Hospizdienste variiert hinsichtlich der Zahl der ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter:

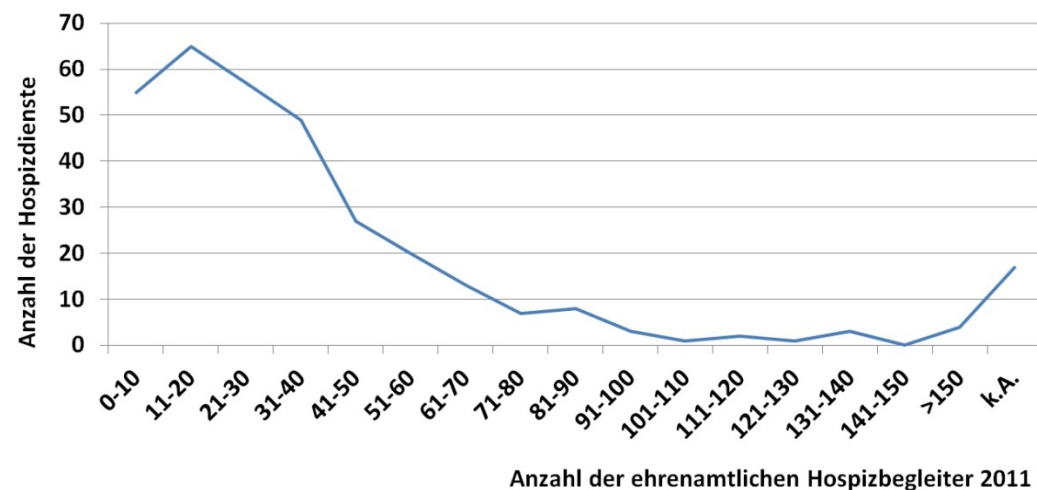


Abbildung 3: Anzahl der ehrenamtlichen Hospizbegleiter in den einzelnen Hospizdiensten 2011

Zwei Drittel der Hospizdienste (n=226; 68,1%) haben bis zu 40 Ehrenamtliche. Im Mittelfeld mit 40 bis 70 Ehrenamtlichen sind n=27 (8,1%) der Dienste. Verhältnismäßig wenig Dienste (n=29; 8,7%) haben 70 bis über 150 Ehrenamtliche. 5,1% (n=17) der Dienste ließen die Frage unbeantwortet.

Einen ähnlichen Trend weisen die Zahlen der abgeschlossenen Sterbebegleitungen auf:

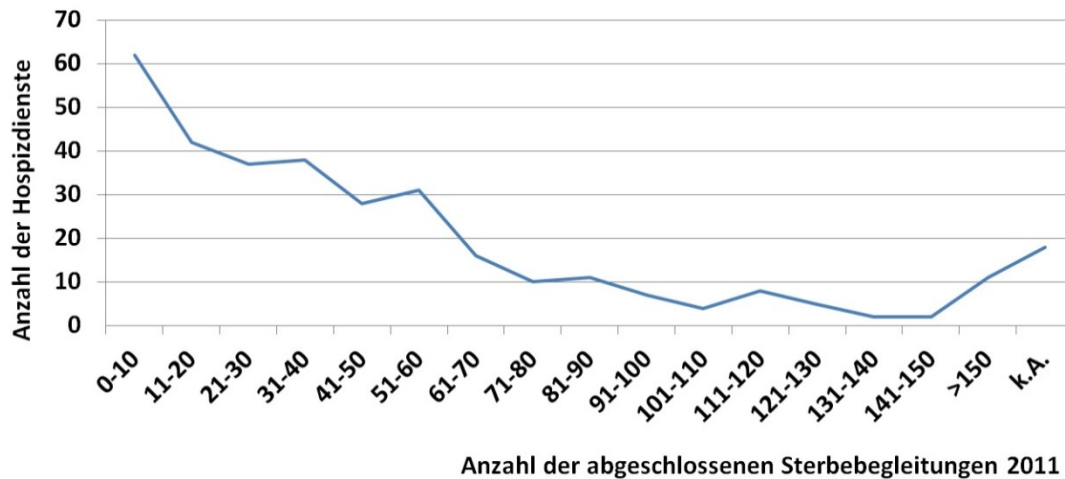


Abbildung 4: Anzahl der abgeschlossenen Sterbebegleitungen in den einzelnen Hospizdiensten 2011

Gut die Hälfte der Dienste (n=179; 53,9%) gaben an, im Jahr 2011 bis zu 40 Sterbende bis zum Tod begleitet zu haben. Im Mittelfeld haben n=75 (22,6%) der Dienste zwischen 40 und 70 Sterbende begleitet. Es haben n=60 (18,1%) angegeben, dass sie über 70 bis hin zu über 150 Sterbende in ihrer Fürsorge hatten. Es haben n=18 (5,4%) die Frage nicht beantwortet.

d) Zusammenstellung des Kurskonzepts

Das gesamte Kurskonzept zur Vorbereitung ehrenamtlicher Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter kann verschiedentlich gestaltet werden. Die Möglichkeiten reichen von der Anwendung konkreter Kursmodelle bis hin zur individuellen Zusammenstellung des gesamten Kurskonzepts. Letzteres praktizieren rund ein Drittel der Dienste (n=102; 30,7%). Dafür kommen auch verschiedene Publikationen zum Einsatz wie diverse deutschsprachige Handreichungen und Curricula. Andere schulen beispielsweise nach dem Celler Modell bzw. verwenden dieses als Grundlage (n=87; 26,2%), selbst wenn sie es dann individuell verändern oder anpassen. Als Konzept entwickelt, das Kirchengemeinden dabei unterstützt, „Sterbebegleitung zu einem Schwerpunkt ihrer seelsorgerlicher Arbeit zu machen“

[Schölper 2007, S. 10], basiert es inhaltlich auf der biblischen Geschichte von den Emmausjüngern (Lk 24,13-35).

5.1.2. Spiritualität

a) Thematisierung von Spiritualität in der Schulung zum Hospizbegleiter

Zur Beantwortung der Frage, wie Spiritualität in der Schulung behandelt wird, waren vier Unterrichtsformen als Antwortmöglichkeit vorgegeben. Diese sind: Spiritualität

- wird als geschlossene Themeneinheit unterrichtet;
- wird im Rahmen anderer Themen gelegentlich eingebracht;
- bildet die Basis des gesamten Kurses und wird auf verschiedene Weise im Kurs behandelt;
- wird im Kurs nicht behandelt.

Gut ein Viertel der Dienste (26,8%; n=89) bietet Spiritualität als geschlossene Unterrichtseinheit an mit durchschnittlich 5,25 Unterrichtsstunden (range: 1,5 bis 20 UStd; sd=4,172). Dass Spiritualität die Basis des gesamten Kurses bildet und auf verschiedene Weise und zu unterschiedlichen Gelegenheiten im Kurs behandelt wird, gaben n=98 Dienste (29,5%) an. Weitere (n=65; 19,6%) bringen Spiritualität im Rahmen anderer Themen gelegentlich ein und vier Dienste (1,2%) befassen sich im Kurs gar nicht damit.

b) Referenten und ihre Qualifikation

Bei der Vermittlung dieses Themas ist von Interesse, wen die Hospizdienste für die Lehre von Spiritualität heranziehen.

- Die Auswertung der Mehrfachantworten führt zu dem rechnerischen Ergebnis, dass gut ein Viertel (n=96; 28,9%) ausschließlich mit externen Lehrkräften arbeitet. Weil unter diesen 96 Diensten nur n=45 (13,6%) bestätigt haben, dass sie über eine Beschreibung von Unterrichtszielen verfügen, ist bei den anderen n=10 (3,0%) unklar, auf welcher Basis sie mit externen Lehrkräften eine Auftragsklärung vornehmen. Die verbleibenden n=41 (12,4%) Einrichtungen haben sich zur Frage der Unterrichtsziele nicht geäußert.

- Weitere Dienste (n=77; 23,2%) praktizieren eine Mischform aus Beauftragung einer externen Lehrkraft unter Mitwirkung eines Mitarbeitenden des Hospizdienstes (häufig die Koordinationskraft). Hier lässt sich analog ablesen, wie viele Dienste über Unterrichtszielbeschreibungen verfügen und diese bei einer Auftragsklärung mit einer externen Lehrkraft heranziehen können: n=48 (14,5%) haben eine Zielbeschreibung, n=15 (4,5%) haben keine und n=14 (4,2%) haben die Frage nicht beantwortet.

Etwa die Hälfte der Dienste bezieht demnach einen externen Dozenten ein und muss mit diesem Vereinbarungen bezüglich der Unterrichtsinhalte treffen.

- Einige (n=91; 27,4%) Hospizdienste bestreiten den Unterricht mit eigenem Personal.
- Die verbleibenden Dienste (n=68; 20,5%) haben die Frage nicht beantwortet.

Um die Qualifikation der Referierenden zu erfassen, waren Mehrfachantworten im hospizlichen / palliativen sowie im seelsorglichen / theologischen Fachbereich (jeweils praktischer und theoretischer Art) möglich. Die Antworten ergeben:

12,7% (n=42)	<p>der Referierenden haben ausschließlich seelsorgliche / theologische Qualifikation bzw. Erfahrung.</p> <p>Die Daten erlauben die Berechnung, dass n=25 (7,5%) unter ihnen als externe Lehrkräfte arbeiten. Nur n=2 (0,6%) dieser 25 beauftragenden Hospizdienste haben eine Beschreibung ihrer Unterrichtsziele, erklären diese aber nicht als bindend. Weitere n=8 (2,4%) legen ihre Unterrichtszielbeschreibungen dem Lehrauftrag zugrunde und die verbleibenden n=15 (4,5%) dieser 25 Hospizdienste mit externer Lehrkraft haben die Frage nicht beantwortet.</p>
18,7% (n=62)	<p>der Referierenden haben ausschließlich einen hospizlichen / palliativen Qualifikations- bzw. Erfahrungshintergrund.</p>
45,8% (n=152)	<p>der Referierenden verfügen über Wissen und / oder Erfahrung aus beiden Bereichen.</p>

Tabelle 4: Qualifikation der Referenten

c) Bestimmung der Unterrichtsziele

Der Einleitung folgend ist Spiritualität auf der Ebene des einzelnen Menschen zu betrachten und nicht universell festzuschreiben. Die Spiritualität auf Makro-, Meso- und Mikroebene spielen eine Rolle. Deshalb ist die Frage relevant, wer in jedem einzelnen Hospizdienst darüber entscheidet, welche Unterrichtsziele im Kontext der Befähigung der Hospizbegleiter zu spirituellen Begleitung am Lebensende erreicht werden sollen. Unter der Möglichkeit der Mehrfachnennung zeigt die folgende Tabelle, wer über die Unterrichtsziele bestimmt:

63,6% (n=211)	Kursleitung
25,6% (n=85)	Träger
22,3% (n=74)	Referent
0,9% (n=3)	ungeklärt

Tabelle 5: Entscheidungsträger bei der Bestimmung der Unterrichtsziele

Wenn die Kursleitung entscheidet, ist dies häufig (43,4%; n=144) jemand aus den eigenen Reihen, in der Regel die Koordination. Bei lediglich n=12 Diensten (3,6%) wird die Entscheidung darüber, was im Unterricht erreicht werden soll, ausschließlich einer externen Kursleitung überlassen. Die verbleibenden n=55 (16,6%), welche die Entscheidung der Kursleitung überlassen, haben sich nicht dazu geäußert, wer die Kursleitung inne hat.

d) Reflexion der eigenen Spiritualität der Kursteilnehmer

Die Reflexion der eigenen Spiritualität sollte ein Teil des Unterrichtsinhalts sein. Die Frage, wie wichtig es ist, dass die Kursteilnehmer ihre eigene Spiritualität reflektieren, haben 79,2% (n=263) beantwortet. Sie schätzten die Wichtigkeit auf einer NRS-Skala von 1 („überhaupt nicht wichtig“) bis 10 („sehr wichtig“) mit einem Mittelwert von 8,3 (range: 1 bis 10; sd=1,876) relativ hoch ein.

Von den Befragten haben 74,7% (n=248) angegeben, dass sie diesen Raum für Reflexion im Kurs auch ermöglichen. Weitere 3,9% (n=13) ermöglichen diesen Raum nicht und die verbleibenden 21,4% (n=71) haben sich dazu nicht geäußert.

e) Arbeitsdefinition von Spiritualität

Die Frage, ob im Kurs auch behandelt wird, was unter Spiritualität verstanden wird, wurde von 73,5% (n=244) bejaht. Diese Fragen haben 4,8% (n=16) verneint und 21,7% (n=72) nicht beantwortet. Die Frage, welche Spiritualitätsbeschreibung der Schulung angesichts der in der Literatur vorfindlichen vielfältigen Akzentuierungen zugrunde gelegt wird, wurde bei Möglichkeit von Mehrfachnennung verschiedentlich beantwortet:

28,0% (n=93)	überlassen es der Lehrkraft, den Begriff Spiritualität mit Inhalt zu füllen
15,4% (n=51)	greifen auf die Beschreibung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zurück: „Unter Spiritualität kann die innere Einstellung, der innere Geist wie auch das persönliche Suchen nach Sinnggebung eines Menschen verstanden werden, mit dem er Erfahrungen des Lebens und insbesondere auch existenziellen Bedrohungen zu begegnen versucht.“ [DGP 2007]
12,7% (n=42)	lassen das Verständnis des (davon n=28; 8,4% konfessionellen) Trägers des Hospizdienstes einfließen
3,9% (n=13)	stützen sich auf die Definition der European Association for Palliative Care (EAPC): „Spirituality is the aspect of humanity that refers to the way individuals seek and express meaning and purpose and the way they experience their connectedness to the moment, to self, to others, to nature, and to the significant or sacred.“ [Nolan et al. 2011, S. 87]
20,2% (n=67)	verwenden keine Definition
4,5% (n=15)	haben andere Quellen (buddhistische Linie, Lexikon, Viktor Frankl, andere)

Tabelle 6: Verwendete Definitionen von Spiritualität im Kurskontext

5.1.3. Spiritual Care in der Arbeit der Hospizbegleiter

Über den Begriff der Spiritualität hinaus ist die spirituelle Begleitungsarbeit ein wesentlicher Teil. Deshalb ist es von Bedeutung, wie die Hospizdienste Spiritual Care in der Tätigkeit der Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter auf einer NRS-Skala von 1 („überhaupt nicht wichtig“) bis 10 („sehr wichtig“) einschätzen. Aus Sicht der n=248 (74,7%) Antwortenden ist die Bedeutung relativ hoch (im Mittel 7,6; range: 2 bis 10; sd=1,914). Ebenso wichtig erscheint es n=247 (74,4%) Antwortenden, die spirituellen Begleitungsaufgaben konkret zu vermitteln (im Mittel 7,7; range: 1 bis 10; sd=2,187). Während 62,4% (n=207) sagen, dass sie zwar über Aufgaben sprechen, sagen fast ebenso viele (57,8%; n=192), dass sie im Kurs nicht konkret benennen, welche Aufgaben das sind.

5.1.4. Fortbildung für aktive / erfahrene Hospizbegleiter

Der Fortbildungsbedarf für Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter, welche die Schulung bereits abgeschlossen haben und in den aktiven Dienst übernommen sind, wurde auf einer NRS-Skala von 1 („überhaupt nicht wichtig“) bis 10 („sehr wichtig“) als relevant eingeschätzt (im Mittel 6,5; range: 1 bis 10; sd=2,164), aber nur 46,7% (n=155) haben ein entsprechendes Angebot.

5.1.5. Konfessionsgebundene Trägerschaft

In konfessioneller Trägerschaft zu sein haben konkret in dieser Frage 28,9% (n=96) der befragten Hospizdienste ausdrücklich bestätigt.

a) Akzeptanz der Konfession des Trägers durch Hospizbegleiter

Diese 96 konfessionellen Träger haben unterschiedliche Erwartungshaltungen hinsichtlich einer positiven Einstellung zur Konfession des Trägers. Diese sind:

21,4% (n=71)	wichtig, dass Hospizbegleiter der Konfession des Trägers positiv gegenüberstehen
6,9%; (n=23)	nicht wichtig, dass Hospizbegleiter der Konfession des Trägers positiv gegenüberstehen
0,6% (n=2)	unbeantwortet

Tabelle 7: Akzeptanz der Konfession des Trägers durch Hospizbegleiter

b) Sichtbarkeit der Konfession des Trägers durch Hospizbegleiter in der Begleitung

Im Gegensatz zur positiven Einstellung gegenüber der Konfession des Trägers weist die Frage nach der Sichtbarkeit des konfessionellen Hintergrunds des Trägers in der Begleitungssituation eine andere Einschätzung auf:

7,5%; (n=25)	Sichtbarkeit des konfessionellen Hintergrunds des Trägers in der Begleitungssituation ist wichtig
20,8%; (n=69)	Sichtbarkeit des konfessionellen Hintergrunds des Trägers in der Begleitungssituation ist nicht wichtig
0,6% (n=2)	unbeantwortet

Tabelle 8: Sichtbarkeit der Konfession des Trägers durch Hospizbegleiter in der Begleitung

5.1.6. Vernetzung mit Seelsorge

Die Antworten auf die Frage nach der Zusammenarbeit mit Vertretern einer Religionsgemeinschaft lassen verschiedene Einblicke zu:

70,8% (n=235)	<p>bestätigten die Zusammenarbeit mit Seelsorge in irgendeiner Form (davon n=96 in konfessioneller Trägerschaft). Unter ihnen haben (bei Möglichkeit der Mehrfachnennung) angegeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 53,3% (n=177, davon n=48 in konfessioneller Trägerschaft) „sind vernetzt und nehmen bei Bedarf Kontakt auf oder pflegen eine andere Verbindung mit Seelsorgern einer Kirchengemeinde / Vertretern einer nicht-christlichen Religion“.
---------------	--

	<p>Unter ihnen haben 5,4% (n=18, davon n=12 in konfessioneller Trägerschaft) angegeben, dass sie zusätzlich eine feste Kooperation geschlossen haben.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Weitere 6,0% (n=20, davon n=6 in konfessioneller Trägerschaft) haben ausschließlich angegeben, dass sie eine verbindliche Kooperation pflegen. (Damit haben in Summe 11,4% (n=38, davon n=18 in konfessioneller Trägerschaft) eine feste Kooperation bestätigt.) - 24,7% (n=82, davon n=37 in konfessioneller Trägerschaft) der Teilnehmenden haben angegeben, dass sie einen Seelsorger / Vertreter nicht-christlicher Religion in den Hospizdienst eingebunden haben (z.B. als Vorstand im e.V., als Geschäftsführer im Wohlfahrtsverband, ehrenamtlich engagiert, Gründungsmitglied etc.). <p>Unter ihnen pflegen 9,9% (n=33) keine weiteren Kontakte zu Seelsorgern / Vertretern nicht-christlicher Religion.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausschließlich über Freitext, aber ohne nähere Spezifizierung haben zusätzlich 1,5% (n=5) eine Zusammenarbeit mit Seelsorge ausgedrückt.
1,5% (n=5)	<p>stellt jenen Teil dar, der jeglichen Bezug zur Seelsorge verneint hat. Die Begründungen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „wir sind ein bürgerschaftlicher, konfessionell neutraler Träger“ - „war noch kein Thema“ - „nicht gewünscht“ - „bisher kein Bedarf“ - „kam noch nie zur Sprache“. <p>Unter diesen stammen die letzten n=3 Aussagen von Hospizdiensten in konfessioneller Trägerschaft.</p>
27,7% (n=92)	<p>haben die Frage nach Seelsorge nicht beantwortet (davon n=11 in konfessioneller Trägerschaft).</p>

Tabelle 9: Vernetzung und Kooperation mit Seelsorge

Unter den Umfrageteilnehmern sind insgesamt 33,1% (n=110) in christlich-konfessioneller Trägerschaft. Diese konfessionelle Trägerschaft wurde entweder ausschließlich und explizit über die Frage 5.1.5 angegeben (20,5%; n=68), über Freitext bestätigt (3,9%; n=13) oder war bei 8,7% (n=29) über die Frage nach der Trägerschaft in 5.1.1 durch Angabe eines entsprechenden konfessionellen Verbands (Johanniter, Caritas, Malteser, Diakonie / Innere Mission) ermittelbar (d.h. es haben 4,2 % (n=14) der Hospizdienste in konfessioneller Trägerschaft die Frage 5.1.5 nicht beantwortet.)

Bezüglich der Zusammenarbeit mit Seelsorge der Hospizdienste in konfessioneller Trägerschaft lässt sich ablesen:

28,9%; (n=96)	pflegen irgendeine Form der Zusammenarbeit mit Seelsorge. (Bezogen auf n=110 als Basiswert bilden n=96 einen Anteil von 87,3%.)
0,9%; (n=3)	verneinten Zusammenarbeit mit Seelsorge mittels Freitext
3,3% (n=11)	haben die Frage nach Seelsorge nicht beantwortet

Tabelle 10: Zusammenarbeit der Hospizdienste in konfessioneller Trägerschaft mit Seelsorge

5.2. Stufe II: Schulungsziele und -inhalte zur Entwicklung eines Spiritual-Care-Schulungskonzepts

5.2.1. Demographische Daten der Interviewteilnehmer

a) Angaben zu den Interviewteilnehmern

Die Teilnehmenden des Interviews erfüllen diese Funktionen in ihren Einrichtungen:

- Koordination und Einsatzleitung: 4
- Andere leitende Funktion: 3
- Schulung Ehrenamtlicher und Trauerarbeit: 1

In der gesamten Schulung der ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter haben sie diese Rollen inne:

- Kursleitung: 5
- Fachliche Leitung des Kurses: 1
- Kursleitung und Referent für Spiritualität und gleichermaßen Auftraggeber bzw. Veranstalter des ganzen Kurses: 2

Die berufliche Qualifikation der Interviewteilnehmenden ist (Mehrfachnennungen):

- Ökotrophologie: 1
- Sozialpädagogik: 2
- medizinisch-pflegerische Palliativfachkraft: 1
- Gerontotherapie: 1
- Diakon: 1
- pflegerische Palliativfachkraft: 1
- examinierte Pflegefachkraft: 1
- Psychologie: 1
- Psychoonkologie: 1

Der konfessionelle Hintergrund der Teilnehmenden ist wie folgt verteilt:

- Evangelisch: 5
- Katholisch: 2
- Buddhistisch: 1

Es waren sieben Frauen und ein Mann an der Diskussion beteiligt. Hinsichtlich des Alters errechnete sich ein Mittelwert von $M=51,6$ (range: 46 bis 55; $sd=3,623$).

b) Angaben zu den Hospizdiensten, die sie vertreten

Die Interviewteilnehmenden arbeiten in verschiedenen Einrichtungsformen ambulanter Hospizarbeit:

- Stufe 2 (Ambulanter Hospizdienst): 1
- Stufe 3 (Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst): 5
- Stufe 4 (Ambulanter Hospiz- und Palliativpflegedienst): 2

Diese Hospizdienste befinden sich in folgender Trägerschaft:

- Eingetragener Verein (e.V.): 5
- Wohlfahrtsverband katholisch: 1
- Wohlfahrtsverband evangelisch: 1
- Eingetragener Verein (e.V.) in einem katholischen Wohlfahrtsverband: 1

5.2.2. Unterrichtsziele

Die von den Teilnehmenden des Interviews beschriebenen Unterrichtsziele sind in folgender Tabelle dargestellt. Demnach sind diese zentral, um ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter für ihr Arbeitsfeld in Spiritual Care ausreichend vorzubereiten. Die geforderten Kompetenzen können in drei Kategorien eingeteilt werden: Wissen (Kenntnisse der Ehrenamtlichen), Fertigkeiten (Können der Ehrenamtlichen) und Haltung (Eigenschaften der Ehrenamtlichen):

Wissen
TN kennen die Begriffe und den Unterschied von Spiritualität, Glaube, Religiosität
TN kennen den Bezug von Spiritualität zu Lebensbilanz, Sinngebung, Sinn von Krankheit, Werte
TN wissen, dass spirituelle Begleitung keine Vermittlung einer Glaubenslehre ist
TN kennen ihren Auftrag in der Begleitung auf spiritueller Ebene unter Berücksichtigung kultureller Aspekte

Fertigkeiten
TN sind in der Lage zu erkennen, wenn spirituelle Themen in der Begleitung angesprochen sind
TN können Fragen nach Sinn, Glauben, Lebensbilanz Raum geben
TN können sich auf Zweifel und Orientierungslosigkeit einlassen
TN entwickeln ein Gespür für die Zerbrechlichkeit des anderen
TN können Gespräche beginnen und führen
TN können damit umgehen, wenn durch die Begegnung das eigene Fundament erschüttert wird
TN bleiben trotz aller Reflexion und Schulung berührbar und haben Mut für die Begegnung, Mut, ins Nichtwissen hineinzugehen

Haltung
TN sind ihrer Haltung und in ihrem Verhalten geprägt von Toleranz, Respekt, Sensibilität, Vielfalt, Offenheit, Achtsamkeit
TN lassen sich auf die spirituelle Ebene ein und nehmen sich selbst zurück
TN bleiben auch dann zurückhaltend in der Einschätzung des anderen, wenn sie über die Spiritualität bzw. Religiosität etwas erfahren
TN sind bereit, ihre eigene Haltung, ihre Grenzen, Stärken und ihre Kraftquellen, spirituelle Beheimatung, ihre Antwort auf Leid und Vorstellung vom Leben nach dem Tod zu reflektieren

Tabelle 11: Unterrichtsziele einer Spiritual-Care Schulung von Hospizbegleitern (Wissen, Fertigkeiten, Haltung)

Die Beiträge der Interviewteilnehmenden stellten heraus, dass neben den genannten Kompetenzen das Hauptziel ist, Ehrenamtliche zu Begleitenden zu schulen, die ein Gefühl, nicht nur ein Verständnis für die Kranken, Sterbenden und ihre Zugehörigen haben, ein Gefühl für ihre Prioritäten, Gedanken, Wünsche, Hoffnungen und alles, was belangvoll oder belastend ist. Ein gut entwickeltes inneres Gefühl kann unter Umständen mehr bedeuten als ein Verständnis für etwas:

„Das Ziel für mich in einer solchen Schulung wäre, ein Gefühl und ich benutze jetzt ganz bewusst, das Wort Gefühl und nicht Verständnis, ein Gefühl dafür, dass jegliche innere Quelle, jegliche innere Ressource, jegliche innere Religiosität, wie auch immer sie sein mag, gleichwertig und gleich gültig ist und dafür nicht nur ein Verständnis im Kopf, sondern wirklich ein Gefühl dafür. Das wäre so ein Ziel.“ (Z 292-297)

Ein ausgeprägtes inneres Gefühl zu haben bedeutet, alles ernst zu nehmen und nicht der Experte für etwas zu sein. Die Teilnehmenden waren sich einig, dass bei Ehrenamtlichen ein gut entwickelter innerer Sinn manchmal hilfreicher sein kann als eine berufliche Qualifikation.

5.2.3. Schulungsthemen und Kompetenzen in Spiritual Care bei Hospizbegleitern

Die Teilnehmenden haben durch ihre Beiträge verdeutlicht, dass Hospizbegleitende in mehreren Themenkomplexen, die sich den Kategorien Wissen, Fertigkeiten und Haltung zuordnen lassen, geschult werden sollen. Folgende Themen wurden ermittelt:

Wissen	Begriff Spiritualität und Arbeitsdefinition
	Bedeutung der Religionen
	Spirituelle Bedürfnisse und Ressourcen
Fertigkeiten	Art und Kunst der Begegnung
	Einbindung von Seelsorge
	Rituale und Kreativität
Haltung	Reflexion der eigenen Spiritualität
	Haltung in der Begleitung

Tabelle 12: Themenkomplexe einer Spiritual-Care Schulung von Hospizbegleitern

5.2.3.1. Wissen

a) Begriff Spiritualität und Arbeitsdefinition

Die Interviewteilnehmenden nannten Glaube, Religiosität und Spiritualität als zentrale Begriffe, die es in der Schulung zu klären und zu differenzieren gilt:

„[...] dass der Begriff Spiritualität nicht auf Glaube oder gläubig oder Religiosität verengt wird.“ (Z 110-112)

Es wurde betont, dass Spiritualität individuell und als fortlaufender Prozess zu sehen ist, weshalb sie sich einer Festlegung auf eine konkrete Definition entzieht. Sie ist unbestimmbar und hat die individuellen Weltanschauungen in ihrer Vielfalt zu respektieren. Deshalb hat eine Schulung gegenüber verschiedenen spirituellen Orientierungen gegenüber offen zu sein:

„Also, dass [eine] Offenheit für spirituelle Ausrichtungen. Dass dieser Rahmen gegeben ist und [...] dass so ein Curriculum diesen Rahmen abstecken kann und auch soll und auch damit begünstigen, dass eine Vielfalt und eine Offenheit entstehen kann und, dass nicht dieses Thema Spiritualität reduziert wird auf, sagen wir mal, eine Glaubensrichtung oder eine Richtung innerhalb einer Glaubensrichtung, dass es nicht in irgendeine Ecke gedrängt wird, sondern offen, gewisse Offenheit auch ein bisschen garantiert über so ein Curriculum, dass gewisse andere Impulse noch zum Thema Spiritualität auch einfach angesprochen werden.“ (Z 96-104)

Dies bedeutet, dass alle Beschreibungen von Spiritualität auf individuellen Vorstellungen beruhen. Deshalb ist Offenheit eine Voraussetzung, um den Reichtum verschiedenster Perspektiven anzuerkennen.

Die konfessionelle Trägerschaft einer Hospizeinrichtung ist gesondert zu thematisieren:

„[...] dieses Thema Spiritualität versuche so ein bisschen aufzudröseln, was die Menschen darunter verstehen und das ist mir bei uns immer ganz wichtig, da wir ja auch ein konfessionelles Haus sind, von Ordensschwestern gegründet und es gibt auch noch eine Schwester, die natürlich im Haus sich bewegt, meinen immer ganz viele bei uns macht man alles nur mit Beten. Das ist ja so ein Oberbegriff. Spiritualität ist also beten und Rosenkranz beten und Kreuz tragen. Und wie spannend

es dann ist, was eigentlich dann alles rauskommt, was Spiritualität sein kann.“ (Z 184-191)

Trägerschaft sagt einerseits etwas aus über die religiöse Herkunft, ersetzt aber andererseits nicht die Klärung, was dies für die praktische Arbeit bedeutet.

b) Bedeutung der Religionen

Ein Grundwissen über verschiedene Glaubenssysteme und die unterschiedlichen Sichtweisen auf Gottesbilder und Jenseitsvorstellungen in den Religionen ist ebenfalls schulungsrelevant. Der Umgang mit Sinnverlust am Lebensende könnte einen religiösen Zusammenhang haben. Allerdings ist die individuelle Ausprägung innerhalb einer konfessionellen Richtung in den Prozess des Verstehens mit einzubeziehen:

“jemand nennt sich katholisch, evangelisch oder wie auch immer, deswegen sind es auch schon immer über 190 verschiedene Sichten auch innerhalb einer Konfession oder einer Religionsgemeinschaft.“ (Z 323-326)

Die Sensibilität gegenüber der Vielfalt an Glaubensvorstellungen ist wesentlich. Es ist erforderlich, in der Sorge um Menschen der gleichen Religion die individuellen Interessen, Normen und Werte der Person in den Blick zu nehmen. Dies ist einer von vielen Akzenten, die ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter zum Wohle Betroffener setzen, wenn sie das Konzept von Spiritual Care ihrer Arbeit zugrunde legen. Dazu gehört die Diskussion der theoretischen Aspekte einer lebensbedrohlichen Erkrankung wie Sinnfindung und Leiden. Nicht selten verstehen Menschen ihre Krankheit als Strafe und suchen nach dem Sinn von Krankheit, Leiden und Tod:

“Das eine ist so dieses ganze Thema des Sinnzusammenhangs von Krankheit, Leiden Sterben, was es da so für Sinngebungen gibt zum Beispiel, weil ich denke, auch das ist in der Hospizhelfervorbereitung wichtig, dass es auch sehr destruktive Sinnzusammenhänge geben kann. Wir haben ja oft auch mit Menschen zu tun, die Krankheit als Strafe erleben usw.“ (Z 976-981)

c) Spirituelle Bedürfnisse und Ressourcen

Die Kranken und ihre familiäres Umfeld benötigen Unterstützung, wenn Fragen aufgeworfen werden wie z.B. „Warum lässt Gott das zu?“ oder „Warum passiert das ausgerechnet mir?“.

„[...] oder wirklich sich auf diese Warum-Fragen einzulassen. Und immer wieder auch da zu sitzen, und zu sagen: Ich habe keine Antwort auf Ihr ‚Warum‘.“ (Z 1402-1403)

Deshalb müssen ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter darauf vorbereitet werden, spirituelle und religiöse Sorgen und Belastungen wahrzunehmen. Sie müssen lernen, Aussagen dieser Art einzuordnen, Leid zu begegnen und mit Schuldgefühlen, Erschütterungen, Wut und Zweifel umzugehen. Um Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter darauf vorzubereiten, muss auch vermittelt werden, dass Betroffene ihre eigenen Ressourcen haben, aus denen sie im Bewältigungsprozess schöpfen können. Diese Ressourcen können in Form von Wünschen, Gedanken, Werten, Lebenserfahrungen, Überzeugungen, Beziehungen, Meinungen, aber auch religiösen Praktiken zum Ausdruck kommen. Die Aufgabe von Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleitern ist in diesem Zusammenhang, diesen Äußerungen und Ressourcen der Betroffenen Raum zu geben und damit einen Weg zu eröffnen, eigene Bewältigungsstrategien zu aktivieren.

5.2.3.2. Fertigkeiten

a) Art und Kunst der Begegnung

Durch das Fokusgruppeninterview wurde auch herausgestellt, dass Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter grundsätzlich sensibel sein sollten: sich einfühlen, erkennen, akzeptieren und geschehen lassen, um Begleitung zu ermöglichen. Sie benötigen die Fähigkeit, das Nähe-Distanz-Verhältnis auf physischer und emotionaler Ebene auszubalancieren. Sie sind hilfreiche Begleiter, wenn sie bei jeder Begegnung das Bekannte zunächst außen vorlassen, stets einen neuen interessierten Blick mitbringen und damit Veränderungen erkennen und zulassen:

„[...] bei jedem Besuch neu anschauen. Passt das, was gestern gepasst hat oder letzte Woche, heute immer noch, ist das immer noch das Richtige? Es ändert sich ja der Weg. Es ändert sich die Vorstellung von demjenigen. Wirklich, also das Bewusstsein auf den anderen zu lenken.“ (Z 802-805)

„Präsent sein“ und „aktiv zuhören“ sind zentrale Fähigkeiten, um zu erfassen, was Betroffene erzählen und warum sie es erzählen. Ein authentisches Interesse für die Situation und die eingebundenen Menschen ist hilfreich, um einen Weg in der Begleitung zu sehen und entsprechend zu interagieren.

„Also, das Ziel wäre für mich, die Hospizbegleiter, die Hospizhelferinnen und Hospizhelfer zu befähigen, dem Thema nach Sinnfragen, nach Glaubensfragen, nach Lebensbilanz Raum zu geben, als aktive Zuhörer und nicht als jemand der und auch nicht mit einem missionarischem Eifer, sondern mit einem echten Interesse, so dass eine Begegnung stattfinden kann.“ (Z 259-262)

Dies erfordert die Arbeit an den Interaktionsfähigkeiten, um Ehrenamtliche darin zu unterstützen, in einer Situation zu verbleiben:

“[...] und daraus als Ziel finde ich wichtig zu formulieren, was kann ich als Handreichung geben, also was kann ich den Menschen, die diese Schulung machen, mitgeben, weil ganz viele Fragen kommen. Wie führe ich ein Gespräch? Wie beginne ich eine Frage?” (Z 481-484)

Ehrenamtliche sollten lernen, wie sie einen Gedanken aufgreifen, Gespräche durch gezielte Fragen offen halten und geäußerte Informationen in Bezug zu einander setzen können.

b) Einbindung von Seelsorge

Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter sollten die Bedeutung der Rituale verstanden haben. Sie sollten auch die Bedeutung und die Angebote von Gemeindeseelsorgenden und anderen Vertretern einer Religionsgemeinschaft kennen. Dieses Wissen hilft, in der konkreten Situation zu erkennen, wenn Krankensalbung, ein anderes Sakrament bzw. ein anderes Ritual hilfreich bzw. vom Kranken erwünscht ist. Seelsorge verfügt über viele Begleitungsmöglichkeiten und hat mehr zu bieten, als es vielfach angenommen wird:

„[...] wir haben dafür auch Rituale oder Traditionen, die wir gar nicht so schätzen. Beim anderen nehmen wir sie wieder wahr, und denken: [...] welchen reichen Schatz hat denn sogar unsere eigene Religion, die dann noch einmal neu wahrgenommen oder neu gehoben wird.“ (Z 354-358)

Die Aufgabe von Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter besteht darin, die Einbindung von Seelsorgenden ins Gespräch zu bringen, wenn es angemessen und förderlich erscheint. Dies setzt voraus, dass die Vernetzung bzw. Zusammenarbeit mit Seelsorge durch den Hospizdienst geklärt ist.

„[...] dass man Seelsorger da hat, die ganz praktisch auch aus dieser Seelsorgearbeit also berichten, weil ich merke, es ist vielen Menschen zwar eben irgendwie vertraut, aber sehr wenig praktisch und es ist auch noch mal gut zu hören, wie schaut Krankenhausseelsorge aus, was passiert da? Auch ganz banal, welche Rituale werden erlebt, also auch wieder zu spüren, die Menschen werden immer jünger, die in die Ausbildung kommen, wie schaut das praktisch aus, was macht der Seelsorger und wo kann ich mich andocken, wo kann ich weitergehen da entlang, oder wo kann ich den Seelsorger mit ins Boot holen? Also wirklich mit den Personen auch in Kontakt kommen, die diesen Tätigkeitsbereich [...] mit abdecken, dass man da nicht alleine ist.“ (Z 904-914)

Erforderlich sind Informationen über Seelsorge in zweierlei Hinsicht: grundsätzlich über die Angebote von Seelsorge wie auch die praktischen Aspekte der Organisation und Einbindung, also die Frage, wie Vernetzung zwischen beiden Einrichtungen geregelt ist.

c) Rituale und Kreativität

Es kann für Betroffene entlastend sein, wenn Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter selbst in der Lage sind, ein Gebet zu sprechen oder ein Ritual durchzuführen. Die Rituale von Ehrenamtlichen haben einen anderen Charakter als jene der Seelsorgenden. Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleitern wird eine gewisse Fähigkeit und Kreativität abverlangt, wenn sie Handlungen mit einem rituellen Charakter durchführen sollen.

*„[...] weil die Hospizhelferinnen und -helfer eher gegen dann diese fest vorgefügten Formen oder Rituale schon fast ein bisschen dagegen angehen und sagen: ‚Genau so haben wir jetzt nicht das Verständnis.‘“
(Z 916-919)*

In der Schulung sollte vermittelt werden, wie Rituale angewandt werden, um mit einer emotional herausfordernden Situation umzugehen, z.B. wenn Worte nicht hilfreich und Antworten nicht naheliegend sind. Wissen über die wesentlichen Merkmale eines Rituals und Freiheit in der Gestaltung sollen sicherstellen, dass ein Ritual den Sinn nicht verfehlt und den Menschen bzw. die Beteiligten erreicht.

Hilfreich für Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter sind dabei Materialien wie Gebete, Lieder, Texte, Kerzen, Handkreuze und anderes, was Begleitung erleichtern kann.

„Wenn ich irgendwo in die Begleitung gehe, dann nehme ich diese Tasche und das hat sich inzwischen so fortgesetzt. Aber gerade auch dieses Büchlein, weil es eben nicht nur so in eine Richtung ist, sondern es sind verschiedene Gebete, aber auch Gedichte drin und manchmal sogar auch Lieder. Denn gerade bei älteren Menschen, ich bin immer erstaunt, also ich kann vielleicht noch die erste Strophe, aber die können gleich mehrere Strophen. Also, das ist für sie so, ja, auch so eine gewisse Form von Spiritualität, sie können da noch einmal singen, auch wenn sie es nur summen, weil sie nicht mehr singen können. Das macht ganz viel. Da sind die sehr dankbar.“ (Z 763-772)

Eine Sammlung wie diese nicht einfach nur anzuschaffen, sondern innerhalb einer Hospizgruppe gemeinsam aufzubauen, erhöht die Identifikation und die Vertrautheit bzw. die Sicherheit in der Anwendung.

5.2.3.3. Haltung

a) Reflexion der eigenen Spiritualität

Die Teilnehmenden am Fokusgruppeninterview waren sich einig, dass Qualitäten wie Achtsamkeit, Respekt, Offenheit, Sensibilität, Umsichtigkeit und Toleranz zentrale Haltungen sind. Deshalb muss im Schulungskontext ein Raum gezielt vorgesehen sein, die eigene spirituelle Meinung, die eigenen spirituellen Bedürfnisse und Ressourcen zu reflektieren. Um das individuelle Verständnis zu

verbessern und zu entwickeln wie auch Spiritual Care in seiner offenen Konzeption umzusetzen, ist es erforderlich, eigene Grenzen, Kraftquellen, Bewältigungsstrategien, Motivationen, existenzielle Krisen, Vergänglichkeit sowie kulturelle und religiöse Wurzeln zu reflektieren:

„Was ist für mich diese Suche, also diese ganz persönliche Auseinandersetzung und, wenn ich für mich da einen zumindest ansatzweise spüre, da trägt mich was oder da fühle ich mich beheimatet, auch wenn ich trotzdem noch genügend Fragezeichen habe. Das macht mich dann überhaupt erst mal fähig, mich auch auf andere schwankende Balken einzulassen für Menschen, die eben auch zweifeln oder denen ihr Gottesbild gerade zerschlagen ist, angesichts ihrer... Da ist kein lieber Gott mehr, wenn das Kind schwerstkrebsskrank stirbt. Also, das ist ja nicht, dass man da nicht auch wieder in Zweifel gestürzt wird durch diese Arbeit, weil man dann plötzlich sagt, also jetzt ist aber hier Schluss mit ‚lieber Gott‘. Also, darum ist es so wichtig, sich auch in diesem ganz persönlichen Eigenen erst einmal zu finden.“ (Z 336-347)

Das eigene Gottesbild, die Vorstellung vom Leben nach dem Tod sowie das persönliche Welt- und Menschenbild sind Themen in der Vorbereitung. Die Ehrenamtlichen sollten ermutigt werden, dem eigenen Leid und Schmerz zu begegnen, weil es eine solide Basis dafür bildet, mit leidvollen Situationen umzugehen und besonders mit jenen Situationen, die den eigenen Denkweisen und Erfahrungen widersprechen.

b) Haltung in der Begleitung

Während der Begleitung ist es üblich, dass Fragen unbeantwortet bleiben angesichts ihrer Unlösbarkeit. Deshalb sollten Ehrenamtliche darauf vorbereitet werden, dass es nicht um die Vermeidung von Fehlern geht, Unklarheit vorkommt und Wissenslücken natürlich sind. Es geht nicht darum, ein Experte zu sein. Ehrenamtliche haben tendenziell selten einen klaren Auftrag und gerade deshalb sollten sie ermutigt werden, in einer Situation, die unter Umständen emotional besetzt ist, zu bleiben und auszuhalten. Es ist üblich, dass in Begleitungssituationen unklar bleibt, was sich entwickeln wird. Voraussetzung dafür ist eine Offenheit:

“[...] wir nehmen uns da ja auch sehr viel Zeit dafür, dass diese Berührbarkeit erhalten bleibt, dass Mut entsteht. Also, was ich einfach ganz viel beobachte und das ist ja schon ein paar Mal angeklungen: Jeder möchte gerne in der Unsicherheit wissen, wie es geht. Den Mut ins Nichtwissen hineinzugehen, weil dann ist Offenheit da. In dem Moment, wo ich weiß, wie es geht, bin ich schon nicht mehr ganz offen. Also weg vom Expertentum, hin zum Gucken mal, was ist da, was erfordert die Situation, was erfordert dieser Mensch. Und das geht natürlich nur über Übungen, das geht nicht, indem ich das doziere oder erkläre oder benenne.” (Z 607-615)

Ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter sollen lernen, dass es nicht um Perfektion und Fehlerlosigkeit geht. Es geht vielmehr darum, in komplexen Situationen präsent zu sein und nicht nach Leitlinien zu arbeiten. Die Mensch-zu-Mensch-Begegnung steht im Vordergrund, berührbar bleiben und sich einlassen auf die jeweilige Situation kennzeichnen Begleitung einschließlich der Haltung, ein „Warum“ nicht beantworten zu müssen.

In Situationen, in denen (Inter)Aktion nicht angebracht ist, mag es förderlich sein, sich zurücknehmen und dem anderen Raum geben zu können. Raum geben bedeutet, das Gehörte wertfrei anzunehmen und zu akzeptieren, was davon thematisiert werden will und was nicht:

„Und da finde ich immer wieder bemerkenswert, dass eigentlich die überwiegende Mehrzahl der Menschen auf solche Sachen antwortet: ‚Ich bin kein regelmäßiger Kirchengänger, aber da ist etwas.‘ Und das so zu akzeptieren und gleich zu sagen, genau, das ist mir wichtig. Ich will nicht wissen, wie oft Sie in die Kirche gehen oder was Sie in Ihrem Leben machen, sondern zu schauen, ist da irgend etwas, war da irgendwas, gibt's da was, wo man anknüpfen kann oder sagen Sie mir einfach, ist Ihnen jetzt was wichtig und wenn Ihnen im Moment nichts wichtig ist, ist es ja auch in Ordnung.“ (Z 501-508)

Dazu gehört es, den eigenen Blick immer wieder zu weiten, achtsam zu bleiben für das Eigene und das des Anderen und Zurückhaltung zu verinnerlichen.

5.2.4. Curriculum Version 1: Entwicklung eines Curriculums zur Spiritual-Care-Schulung von Hospizbegleitern

Ziel

An dieser Stelle des Forschungsprozesses konnte eine erste, testfähige Version des Curriculums entwickelt werden.

Methode

- a) Die Forschungsergebnisse ermöglichen die Entwicklung einer ersten Version des Curriculums und werden entsprechend verarbeitet. Allerdings bedarf es über die Verarbeitung dieser Forschungsergebnisse hinaus inhaltlicher und methodischer Ausarbeitungen, um eine Version zu entwickeln, die für einen Testlauf mit Multiplikatoren anwendbar ist. Dafür wird auf Fachliteratur aus den Themengebieten Spiritual Care sowie Schulung ehrenamtlicher Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter zurückgegriffen.
- b) Die Teilnehmenden des Fokusgruppeninterviews (Stufe II) bekommen die Version 1 ausgehändigt und geben im Rückblick auf das Fokusgruppeninterview einen Gesamteindruck.

Ergebnisse

- a) Die Struktur des Curriculums leitet sich aus den Ergebnissen der Forschungsstufen I und II ab, die eine Zweiteilung nahelegen:

Curriculum:	<ul style="list-style-type: none">- detaillierte Darstellung des Unterrichtsablaufs für jedes Thema in tabellarischer Form (Inhalte und Methoden, Sozialform und Materialien)- Literaturhinweise für die Referierenden
Materialbuch:	<ul style="list-style-type: none">- Unterrichtsmaterial für die Referierenden- Arbeitsmaterial für die Kursteilnehmenden

Tabelle 13: Struktureller Aufbau des Curriculums in Version 1

Die im Fokusgruppeninterview (Stufe II) erhobenen Themenkomplexe

- Thema 1: Begriff Spiritualität und Arbeitsdefinition
- Thema 2: Bedeutung der Religionen
- Thema 3: Spirituelle Bedürfnisse und Ressourcen
- Thema 4: Art und Kunst der Begegnung
- Thema 5: Einbindung von Seelsorge
- Thema 6: Rituale und Kreativität
- Thema 7: Reflexion der eigenen Spiritualität
- Thema 8: Haltung in der Begleitung

(Tabelle 12, S. 67) wurden einschließlich aller detaillierten Ausführungen, die zu diesen acht Themen Gegenstand der Diskussion waren, auf diese Weise curricular verarbeitet:

Basiswissen Spiritualität:

Thema 1: Begriffe
Thema 2: Bedürfnisse und Nöte, Hoffnungen und Ressourcen
Thema 3: Existenzielle Krisen
Thema 4: Lebenssinn
Thema 5: Religionen und Kulturen
Thema 6: Bewältigung von Leid
Thema 7: Grundlagen Spiritual Care

Spirituelle Begleitung: Aufgaben der Hospizbegleiter:

Thema 8: Präsenz und Gespräch
Thema 9: Grundhaltung „Dasein und Aushalten“
Thema 10: Einbindung von Seelsorge
Thema 11: Rituale und Kreativität

Tabelle 14: Unterrichtsbausteine im Curriculum Spiritual Care für ehrenamtliche Hospizbegleiter

Insbesondere das Thema 7 aus dem Interview „Reflexion der eigenen Spiritualität“ wurde nicht als eigenes Thema verarbeitet, sondern wird innerhalb der verschiedenen elf Themen verortet, weil Selbstreflexion einen hohen Stellenwert einnimmt und verschiedentlich und wiederholt aufgegriffen werden muss. Innerhalb der in Version 1 ausgearbeiteten elf Themen sind jeweils Wissen, Fertigkeiten und Haltung angesprochen.

Diese Version bildet die Basis für den Testlauf mit den Multiplikatoren in Stufe III.

- b) Von den acht Teilnehmenden im Fokusgruppeninterview haben n=5 (62,5 %) ihre Einschätzung der Version 1 mitgeteilt. Die Frage „Wie ist Ihr Gesamteindruck? Das Curriculum trifft meine Erwartungen ...“ sollte mittels einer NRS-Skala (1 = „überhaupt nicht“ und 10 = „voll und ganz“) beantwortet werden. Der Mittelwert $M=9,2$ (range: 8 bis 10; $sd=0,837$) zeigt eine hohe Übereinstimmung zwischen dem Diskussionsverlauf im Interview und dem vorgelegten Curriculum. Zwei der fünf Teilnehmenden, die ihren Gesamteindruck mitgeteilt haben, haben diesen auf die Anschlussfrage hin „Mögen Sie spontan benennen, warum?“ auch begründet:

*„Vielfältige Themenwahl; gute Einteilung der Unterrichtseinheiten; Wissen, Fertigkeiten, Haltung sind gut nachvollziehbar und hilfreich“
(#4)*

„Weil es sehr übersichtlich, gut strukturiert ist und alle wichtigen Aspekte enthält“ (#5)

Die weiterführende Frage „Fehlt Ihnen ein wichtiges Thema? Wenn ja, welche(s)?“ wurde von allen n=5 Teilnehmenden jeweils mit „nein“ beantwortet.

Diskussion

- a) Die Entwicklung beinhaltet den Grundgedanken, einen curricularen Rahmen zu schaffen, der als eine Art Leitlinie jegliche Dynamik, Offenheit und Individualität zulässt. Diese Flexibilität sollte sich auf mehrere Aspekte beziehen: auf die inhaltliche Vorstellung von Spiritualität und Spiritual Care des Hospizdienstes und seiner Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter einerseits sowie auf die Abfolge der Themen und damit einhergehend, wie die einzelnen

Inhalte durch den Referierenden flexibel in Beziehung zueinander gesetzt werden können, andererseits. Diese Voraussetzung ist mit der vorliegenden Fassung gegeben.

- b) Die Einschätzung der Teilnehmenden des Fokusgruppeninterviews gibt eine erste Sicherheit, mit der vorliegenden Version 1 den Diskussionsverlauf bezüglich dessen, was Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter im Feld von Spiritualität und spiritueller Begleitung gelehrt bekommen sollten, abgebildet zu haben. Dies ist sicherlich keine abschließende Gewissheit, weil es sich erstens nur um die Angaben von fünf Personen handelt und zweitens die Beurteilung nach Sichtung des verschriftlichten Curriculums vorgenommen wurde. Die Einschätzung bildet aber ein gutes Fundament für die Stufe III.

Schlussfolgerungen

Die Version 1 des Curriculums wird geeignet sein, einen Testlauf (Stufe III) durchzuführen. Es wird allerdings ein Verbesserungs- bzw. Weiterentwicklungspotenzial zu erwarten sein. Eine große Bedeutung kommt deshalb der Evaluation zu, die dieses Potenzial abfragt.

5.3. Stufe III: Evaluierung des Spiritual-Care-Schulungskonzepts

5.3.1. Teilnehmerstruktur

Es lagen n=42 Anmeldungen aus 143 Einladungen zum Testlauf vor (Rücklauf = 29,4%). Davon waren n=21 Anmeldungen zur Teilnahme zugelassen. Diese Begrenzung ergab sich zum einen aus der Festlegung einer maximalen Gruppengröße zum Zwecke der Handhabbarkeit der Schulung und zum anderen aus der räumlichen Begrenzung.

Zu Beginn des Kurses wurden die Rolle, die Erfahrungen und Erwartungen der Teilnehmenden in ihren Hospizdiensten bezüglich des Spiritual-Care-Unterrichts abgefragt (mit Möglichkeit der Mehrfachnennung):

1. Ich unterrichte das Thema „Spiritualität / Religiosität“ in unserem Dienst und bringe bezüglich dieses Themas Kurserfahrung mit.	n=12; 57,1%
2. Ich unterrichte das Thema „Spiritualität / Religiosität“ nicht selbst, habe aber mit der Schulung der Hospizbegleiter zu tun (z.B. als Kursleitung oder Referent/in zu anderen Themen oder Beauftragte/r zur Organisation von Schulungen).	n=10; 47,6%
3. Wir haben in unserem Hospizdienst noch kein eigenes Kurskonzept zum Thema „Spiritualität / Religiosität“.	n=5; 23,8%
4. Wir haben ein Kurskonzept und ich suche neue Anregungen für die Gestaltung des Themas „Spiritualität / Religiosität“.	n=15; 71,4%

Tabelle 15: Hintergrund der Kursteilnehmenden

Aus den Angaben kann errechnet werden, dass 47,6% (n=10) der Teilnehmenden Kurserfahrung mitbringen und gleichzeitig über ein Kurskonzept verfügen (Teilnehmer, die 1. und 4. angegeben haben). Es haben 23,8% (n=5) der Teilnehmenden bestätigt, dass sie Spiritual Care nicht selbst unterrichten, aber mit der Spiritual-Care-Schulung zu tun haben und über ein Kurskonzept verfügen (Teilnehmer, die 2. und 4. angegeben haben).

5.3.2. Unterrichtsinhalt

Die Teilnehmenden wurden gebeten, die Inhalte der elf Themeneinheiten zu bewerten. Als Kategorien vorgegeben waren „zielführend“ und „nicht zielführend“. Die Ergebnisse im Einzelnen sind:

INHALTE	zielführend	nicht zielführend
Thema 1:	19	2
Thema 2:	18	3
Thema 3:	19	2
Thema 4:	20	0
Thema 5:	19	2
Thema 6:	14	7
Thema 7:	19	2
Thema 8:	19	1
Thema 9:	18	3
Thema 10:	21	0
Thema 11:	20	1
Gesamt:	n=18,7 (89,0%)	n=2,1 (10,0%)

Tabelle 16: Einschätzung des Unterrichtsinhalts je Thema durch die Kursteilnehmer

Im Mittel haben M=18,7 (89,0%; range: 14 bis 21 TN) der 21 Teilnehmenden die Inhalte mit „zielführend“ und 2,1 Teilnehmende (10,0%; range: 0 bis 7 TN) mit „nicht zielführend“ bewertet.

Den niedrigsten Wert (n=14) erhielt das Thema 6 „Bewältigung von Leid“, den höchsten Wert (n=21) erhielt das Thema 10 „Einbindung von Seelsorge“.

Dort, wo bezüglich der Inhalte eines Themas Veränderungsbedarf angezeigt war, ist dieser vorrangig zu überarbeiten.

5.3.3. Unterrichtsumfang

Die 21 Teilnehmenden wurden gebeten, den zeitlichen Umfang der elf Kurs-themen jeweils zu beurteilen. Aus den Einzelergebnissen kann abgeleitet werden, ob das Einzelthema ausreichend behandelt wird. Aus der Summe aller Ergebnisse kann geschlossen werden, ob die Themen insgesamt als ausgewogen und angemessen behandelt betrachtet werden. Es waren die Antworten „zu wenig – angemessen – zu viel – andere Stelle“ möglich. Die Ergebnisse im Einzelnen sind:

UMFANG	zu wenig	angemessen	zu viel	Der Inhalt passt besser an einer anderen Stelle des gesamten Vorbereitungskurses für Hospizbegleiter
Thema 1:	1	20	0	0
Thema 2:	6	15	0	0
Thema 3:	1	17	1	2
Thema 4:	3	18	0	0
Thema 5:	0	16	5	1
Thema 6:	2	13	3	2
Thema 7:	3	17	1	0
Thema 8:	0	21	0	0
Thema 9:	2	18	1	0
Thema 10:	1	18	2	0
Thema 11:	1	16	3	1
Gesamt:	n=1,8 (8,6%)	n=17,2 (81,9%)	n=1,5 (7,2%)	n=0,5 (2,4%)

Tabelle 17: Einschätzung des Unterrichtsumfangs je Thema durch die Kursteilnehmer

Im Blick auf alle elf Themen gaben M=17,2 der 21 Teilnehmenden (81,9%; range: 13 bis 21 TN) an, dass der Unterrichtsumfang je Thema angemessen ist. Den niedrigsten Wert (n=13) erhielt dabei das Thema 6 „Bewältigung von Leid“, den höchsten Wert (n=21) erhielt das Thema 8 „Präsenz und Gespräch“.

5.3.4. Unterrichtsmethoden

Ebenso konnten die Methoden mit den Kategorien „zielführend“ und „nicht zielführend“ bewertet werden. Die Ergebnisse im Einzelnen sind:

METHODEN	zielführend	nicht zielführend
Thema 1:	19	0
Thema 2:	19	1
Thema 3:	16	4
Thema 4:	17	2
Thema 5:	20	1
Thema 6:	11	9
Thema 7:	18	2
Thema 8:	18	2
Thema 9:	17	3
Thema 10:	17	2
Thema 11:	18	1
Gesamt:	n=17,3 (82,3%)	n=2,4 (11,7%)

Tabelle 18: Einschätzung der Unterrichtsmethoden je Thema durch die Kursteilnehmer

Im Mittel haben $M=17,3$ der 21 Teilnehmenden (82,3%; range: 11 bis 20 TN) für die elf Themen angegeben, dass die Methoden je Thema zielführend sind. Den niedrigsten Wert ($n=11$) erhielt auch hier das Thema 6 „Bewältigung von Leid“, d.h. lediglich 11 von 21 Teilnehmenden waren der Meinung, der methodische Zugang zu diesem Thema ist zielführend. Den höchsten Wert ($n=20$) erhielt das Thema 5 „Religionen und Kulturen“. Durchschnittlich $M=2,4$ (11,7%; range: 0 bis 9 TN) Teilnehmende fanden die Methoden nicht zielführend. Durchschnittlich $M=1,3$ Teilnehmende (6,0%) machten keine Angabe.

Zu jedem Thema gab es eine Freitextmöglichkeit, um zu benennen, warum eine Methode nicht zielführend war. Als Gründe wurden genannt: zu viel Vortrag, zu detailliert, zu kognitiv, fehlender Praxisbezug.

5.3.5. Unterrichtsziele

In der Zielformulierung des Unterrichts von Spiritual Care bei ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleitern gilt, dass es grundsätzlich um wahrnehmen, erkennen, einschätzen, aushalten, dasein und eine grundlegende Gesprächs- und Handlungsfähigkeit in spirituellen bzw. religiösen Fragen geht sowie um Einbindung von Seelsorge über die Koordination.

Zu allen elf Themen wurden die Teilnehmenden gebeten, Unterrichtsziele frei und ohne Vorgabe zu formulieren. Die Antworten wurden von zwei Forschern unabhängig voneinander analysiert entsprechend den Anforderungen einer thematischen Inhaltsanalyse (thematic content analysis, TCA) [Anderson 2007]. Die wesentlichen Sinneinheiten wurden paraphrasiert in enger Anlehnung an die verwendete Wortwahl der Teilnehmenden. Gemeinsame Kategorien wurden konsensorientiert gebildet und als Unterrichtsziele formuliert. Pro Thema konnten auf diese Weise induktiv vier bis acht Unterrichtsziele bestimmt werden.

Basiswissen Spiritualität:

Thema	Unterrichtsziele:
Thema 1: Begriffe	<ul style="list-style-type: none">- TN kennen die Bedeutung und den Unterschied von Spiritualität und Religiosität- TN begreifen Spiritualität als eine Dimension, die individuell ist und von der eigenen Biographie geprägt ist- TN akzeptieren vielfältige Vorstellungen von Spiritualität- TN reflektieren ihre eigene Vorstellung von Spiritualität bzw. Religiosität
Thema 2: Bedürfnisse und Nöte, Hoffnungen und Ressourcen	<ul style="list-style-type: none">- TN kennen die wichtigsten spirituellen Bedürfnisse und Nöte, Hoffnungen und Ressourcen- TN können spirituelle Bedürfnisse und Nöte, Hoffnungen und Ressourcen wahrnehmen und würdigen- TN erkennen die Unterschiedlichkeit spiritueller Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen und können diese separat aufgreifen- TN anerkennen jede Art von spirituellen Bedürfnissen und Nöten, Hoffnungen und Ressourcen

Thema 3: Existenzielle Krisen	<ul style="list-style-type: none"> - TN verfügen über Grundlagenwissen über Krisen und kennen Möglichkeiten der Begleitung - TN können Spiritualität als Ressource in einer Krisensituation wahrnehmen - TN können Krisen wahrnehmen und Begleitungsmöglichkeiten anwenden - TN können Patienten und Angehörige an die eigenen Ressourcen und Strategien heranführen - TN reflektieren ihre eigenen Krisenerfahrungen - TN reflektieren ihren eigenen Umgang mit Krisen und ihre Resilienzen - TN akzeptieren individuelle Umgangsformen mit Krisen
Thema 4: Lebenssinn	<ul style="list-style-type: none"> - TN kennen die Bedeutung von Lebenssinn bei Schwerkranken und wie sich Krankheit darauf auswirkt - TN kennen die Relation von Wichtigkeit und Zufriedenheit von Sinnbereichen und dessen Bedeutung für die Begleitung - TN kennen den Zusammenhang von Spiritualität und Lebenssinn - TN akzeptieren Veränderungen der Wichtigkeit von Lebenssinnbereichen - TN können Fragen nach Lebenssinn ermöglichen und damit umgehen - TN sind bereit, sich mit ihrem eigenen Lebenssinn auseinander zu setzen - TN sind bereit, mit Betroffenen auf Sinnsuche zu gehen und diesen geduldig zu begleiten ohne eigene Einflussnahme

Thema 5: Religionen und Kulturen	<ul style="list-style-type: none"> - TN haben Einblicke in die religiöse Praxis und das Verständnis von Krankheit und Sterben in den Weltreligionen - TN kennen die Grenzen religiösen Wissens aufgrund individueller religiöser und kultureller Prägungen - TN kennen Informationsquellen, um bei Bedarf ihr Wissen vertiefen zu können - TN behandeln alle religiösen Vorstellungen gleichwertig und lassen sich ein auf die individuelle religiöse Situation - TN können den religiösen bzw. kulturellen Hintergrund der Betroffenen wahrnehmen - TN nehmen keine Bewertungen vor und ergründen den Handlungsauftrag - TN können Grenzen er- und anerkennen und bringen ihren eigenen religiösen Hintergrund nicht in die Begleitung ein - TN sind bereit, ihren eigenen religiösen und kulturellen Hintergrund zu reflektieren
Thema 6: Bewältigung von Leid	<ul style="list-style-type: none"> - TN wissen, was Coping ist und kennen verschiedene Formen des Copings / Bewältigungsstrategien - TN können Bewältigungsstrategien in der konkreten Situation erkennen - TN können mit individuellen Bewältigungsstrategien umgehen und diese unterstützen - TN reflektieren ihre eigenen Bewältigungsstrategien - TN lassen sich auf die verschiedenen Bewältigungsstrategien der Betroffenen ein und respektieren diese
Thema 7: Grundlagen Spiritual Care	<ul style="list-style-type: none"> - TN verstehen die Grundlagen von Spiritual Care - TN verstehen, was Spiritual Care konkret in der ehrenamtlichen Hospizarbeit bedeutet - TN anerkennen das Selbstverständnis von Spiritual Care des Trägers - TN können ihren Auftrag in Spiritual Care in das multidisziplinäre hospizlich-palliative Versorgungssystem einordnen

Spirituelle Begleitung: Aufgaben der Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter

Thema	Unterrichtsziele:
Thema 8: Präsenz und Gespräch	<ul style="list-style-type: none"> - TN kennen hilfreiche (Einstiegs-)Sätze und andere Gesprächshilfen - TN können über spirituelle Themen kommunizieren - TN bleiben in der Gesprächssituation und weichen nicht aus - TN können Schweigen aushalten - TN sind bereit, ihr eigenes Gesprächsverhalten zu reflektieren und eigene Gedanken und Meinungen zurück zu nehmen
Thema 9: Grundhaltung „Dasein und Aushalten“	<ul style="list-style-type: none"> - TN wissen, was mit Dasein und Aushalten als Aufgabe in der Begleitungssituation gemeint ist - TN sind in der Lage, auf eine Art präsent zu sein, die empathisch und wohltuend und nicht nur von Worten und Aktionen geprägt ist - TN können mit Zurückweisungen umgehen - TN sind bereit, ihre Fähigkeiten bezüglich des Daseins und Aushaltens zu reflektieren - TN verinnerlichen Offenheit als Grundhaltung in der spirituellen Begleitung
Thema 10: Einbindung von Seelsorge	<ul style="list-style-type: none"> - TN wissen, was Seelsorge leistet und wofür sie eingebunden werden kann - TN kennen das örtliche Seelsorgeangebot und deren Möglichkeiten - TN können die Möglichkeit der Begleitung durch einen Seelsorger erkennen und vermitteln - TN begreifen Seelsorge als wichtiges, durch Spiritual Care der Hospizbegleiter nicht ersetzbares Angebot
Thema 11: Rituale und Kreativität	<ul style="list-style-type: none"> - TN kennen die Merkmale und den Aufbau eines Rituals - TN kennen die Bedeutung, Wirkweise und Zielsetzung von Ritualen - TN können einschätzen, wann ein Ritual angemessen ist und können es der Situation angepasst selbst durchführen - TN können Materialien des Hospizdienstes (Texte, Kerze, Gebete, etc.) unterstützend einsetzen

Tabelle 19: Unterrichtsziele zu den elf Themen bezüglich Wissen, Fertigkeiten, Haltung

5.3.6. Gesamtbeurteilung des Testlaufs

Zunächst sollte eine Einschätzung dazu abgegeben werden, ob mit der Schulung eine Vorbereitung der Hospizbegleiter auf ihren Dienst gegeben ist: „Die Schulungsinhalte und -methoden sind insgesamt geeignet, Hospizbegleiter auf ihren Dienst vorzubereiten“ konnte auf einer NRS-Skala von 1 („überhaupt nicht“) bis 5 („voll und ganz“) bewertet werden. Die Teilnehmenden konnten Gründe für ihre Bewertung angeben (Freitext). Es ergab sich ein Mittelwert von $M=3,6$ (range: 2 bis 5; $sd=0,676$). Die Gründe für die Bewertungen 2 und 3 waren im Wesentlichen: „zu theoretisch, zu umfangreich, mehr praktische Methoden“.

Die Eignung des gesamten Curriculums, um den Unterricht für die Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter selbst zu gestalten, war zusätzlich gefragt: „Das Curriculum wird mir bei der Gestaltung des Unterrichts für die Hospizbegleiter eine Hilfe sein“ konnte ebenfalls auf einer NRS-Skala von 1 („überhaupt nicht“) bis 5 („voll und ganz“) bewertet werden unter Angaben von Gründen (Freitext). Das rechnerische Mittel ist $M=3,9$ (range: 2 bis 5; $sd=0,964$). Die Begründung für die Bewertungen 2 und 3 waren: „es hängt auch viel an den Kursteilnehmenden sowie am Referenten selbst, Curriculum wird als Ergänzung zum eigenen Konzept eingesetzt werden, roter Faden wie auch Hintergrundwissen und Struktur sind hilfreich“.

Die Teilnehmenden waren aufgefordert, aus allen Themen maximal drei auszuwählen, die ihnen am wichtigsten erschienen. Folgende Themen wurden am häufigsten genannt (Abbildung 5):

(Prozentangaben basieren auf 63 rechnerisch möglichen Antwortmöglichkeiten):

- Thema 2: Bedürfnisse und Nöte, Hoffnungen und Ressourcen ($n=13$; 21,0%)
- Thema 9: Grundhaltung „Dasein und Aushalten“ ($n=13$; 21,0%)
- Thema 8: Präsenz und Gespräch ($n=9$; 14,5%)

Dabei wurde die Kombination dieser drei Themen von 4,8% ($n=1$) genannt, weitere 61,9% ($n=13$) haben zwei aus diesen drei Themen als die wichtigsten angegeben.

Insgesamt wurden die elf Themen wie folgt gewichtet:

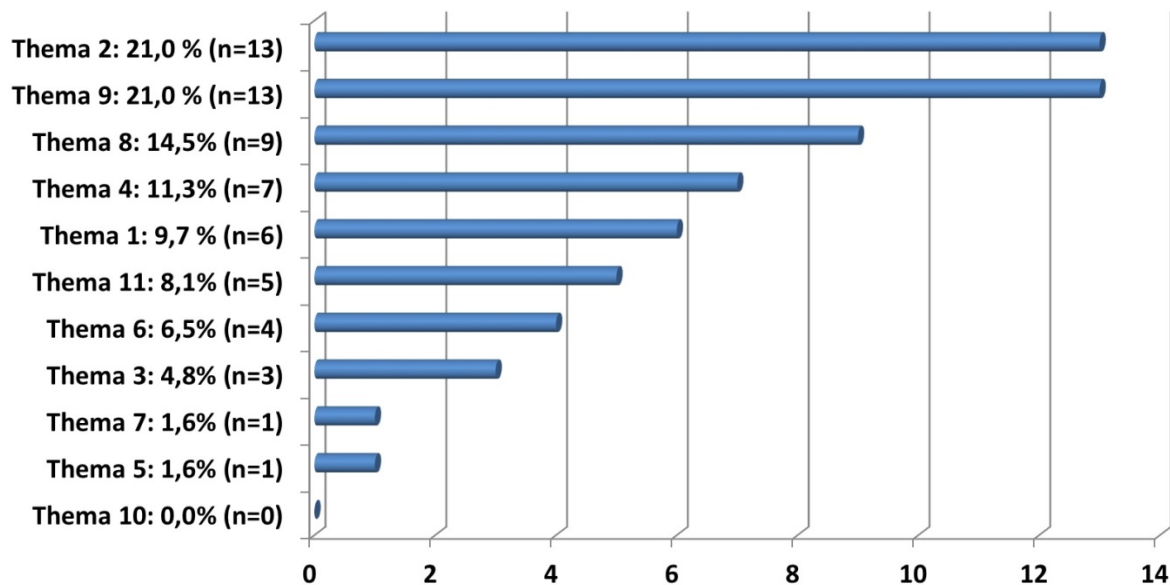


Abbildung 5: Prioritäten innerhalb der elf Themen aus Sicht der Teilnehmer der Testschulung

5.3.7. Curriculum Version 2: Weiterentwicklung des Curriculums zur Spiritual-Care-Schulung von Hospizbegleitern

Ziel

Die erhobenen Daten aus dem Testlauf mit den Multiplikatoren bieten ein enormes Verbesserungspotenzial. Dieses soll maximal nutzbar gemacht und das Curriculum weiterentwickelt werden.

Methode

Die quantitativ und qualitativ erhobenen Ergebnisse werden an den entsprechenden Stellen eingearbeitet.

Ergebnisse

Das Curriculum konnte wesentlich erweitert werden. Es hat an dieser Stelle des Entwicklungsprozesses folgende Bestandteile:

Curriculum:	<ul style="list-style-type: none">- detaillierte Darstellung des Unterrichtsablaufs für jedes Thema in tabellarischer Form (Inhalte und Methoden, Sozialform und Materialien)- Literaturhinweise für die Referierenden- Unterrichtsziele für jedes Thema
Materialbuch:	<ul style="list-style-type: none">- Unterrichtsmaterial für die Referierenden- Arbeitsmaterial für die Kursteilnehmenden- Manuskript für die Kursteilnehmenden

Tabelle 20: Struktureller Aufbau des Curriculums in Version 2

Die wesentlichen Ergänzungen betreffen deshalb:

- Verbesserung der Inhalte und Methoden
- Ergänzung der Unterrichtsziele
- Entwicklung eines Manuskriptes für die Kursteilnehmenden

Damit wurde das Curriculum um jene Anteile erweitert, die für eine publikationsfähige Fassung erforderlich sind.

Diskussion

Mit dieser Weiterentwicklung konnte eine Version erarbeitet werden, die mit Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleitern anwendbar ist.

In den einzelnen Themen ergeben sich Diskussionspunkte, weil sie an andere Themen im Vorbereitungskurs der ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter angrenzen oder anknüpfen. Beispiele dafür sind:

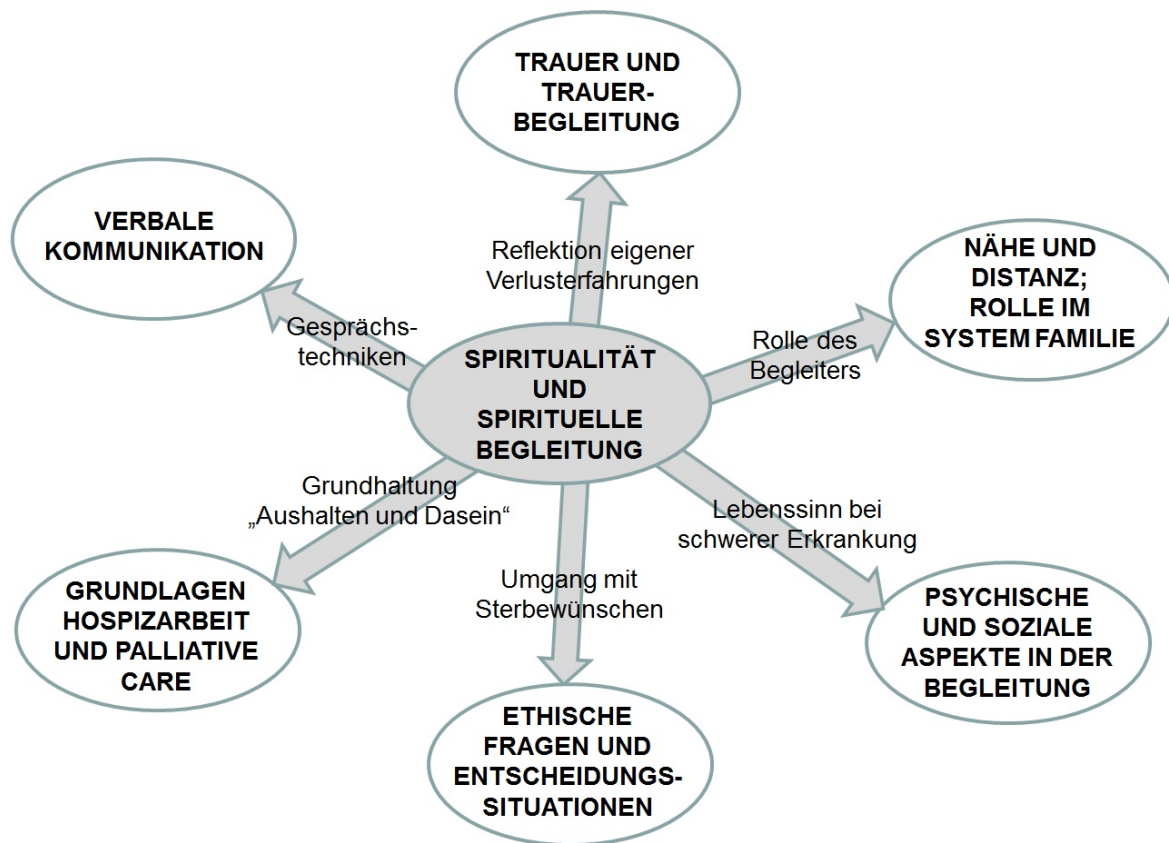


Abbildung 6: Thematische Schnittstellen zu „Spiritualität und spirituelle Begleitung“ im Vorbereitungskurs ehrenamtlicher Hospizbegleiter

- Thema 3: Existenzielle Krisen

Die Reflexion eigener Verlusterfahrungen ist grundlegender Gegenstand der Schulung ehrenamtlicher Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter. Diese findet häufig im Rahmen der Einführung in Sterben und Sterbebegleitung statt oder wird innerhalb des Themas Trauer und Trauerbegleitung verortet. Die Vermittlung der Bedeutung von Spiritualität in existenziellen Krisen kann flexibel gestaltet werden.

- Thema 4: Lebenssinn

Ähnlich verhält es sich mit Lebenssinn. Es ist legitim, dieses Thema im Kontext der psychischen und sozialen Aspekte des Sterbens zu bearbeiten. Die Querverbindungen beider Themen geben auch hier Spielraum, den Kursaufbau zu gestalten und der Spiritualität in ihrer Bedeutung von Lebenssinn bei schwerer Erkrankung und am Lebensende Raum zu geben.

- Thema 8: Präsenz und Gespräch:

Es wurden Methoden ausgewählt, die an die Gesprächstechnik des Aktiven Zuhörens anknüpfen. Es werden hier zwei Grundannahmen getroffen.

Halbstrukturierte Interviewverfahren haben weniger Priorität im hospizlich-palliativen Arbeitsfeld, weil dieses grundsätzlich vom Merkmal des „Zeit habens“, Zeit haben u.a. für Gespräche, geprägt ist. Halbstrukturierte Interviewverfahren könnten hier eine Vertiefung des Themas darstellen mit dem Ziel, die Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter zu einem reflektierten Gesprächsverhalten zu befähigen, das den Umgang mit direktiven Elementen beinhaltet.

Die Voraussetzungen für die Vermittlung von Gesprächstechniken einschließlich des erforderlichen Übungsraumes finden an anderen Stellen des gesamten Vorbereitungskurses statt. Dieser ist zentral und sollte sich durch den gesamten Kurs ziehen, weil Gesprächsführung und Übung einander bedingen. Deshalb sind Einführungen und Übungen zur Kommunikation im Schulungskontext von Spiritual Care nicht konkreter gefasst, sondern zielen auf die Vertiefung der Kommunikation über spirituelle Bedürfnisse, Nöte und Ressourcen.

- Thema 9: Grundhaltung „Dasein und Aushalten“

Diese Einheit zielt auf die Vermittlung der grundlegenden Haltung hospizlicher Arbeit. Sie kann an verschiedenen Stellen des Vorbereitungskurses, insbesondere zu Beginn, verortet werden. Sie muss nicht notwendig an die Vermittlung dessen, was diese Grundhaltung mit Spiritualität zu tun hat, gebunden werden. Die spirituelle Dimension des Daseins und Aushaltens zu vermitteln ist aber ein zusätzlicher Gewinn.

Die Rolle des Begleiters als jemand, der den Weg des anderen mitgeht und auf wegweisende Vorgaben nach persönlichen Prioritäten verzichtet, kann ebenfalls an anderen Stellen behandelt werden. Geeignet sind Themen wie z.B. Nähe und Distanz oder Rolle eines Ehrenamtlichen im System Familie.

Sterbewünsche berühren durchaus Fragen nach aktiver Sterbehilfe, nach passiver Sterbehilfe im Sinne von Therapieverzicht bzw. Therapieabbruch oder Beihilfe zum (ärztlich assistieren) Suizid. Diese Aspekte verlangen rechtliches und ethisches Wissen und sind im Rahmen ethischer Fragen und Entscheidungssituationen ebenfalls gut verortet.

An diesen Beispielen wird deutlich, dass der Umgang mit Curricula grundsätzlich ein flexibler sein muss. Die einzelnen Themen, die es in der Vorbereitung Ehrenamtlicher zu bearbeiten gilt [Gratz et al. 2015b], bieten einen großen Spielraum, sie zueinander in Bezug zu setzen und ihre Schnittstellen in den Blick zu nehmen. Der Aufbau in separate Themenbausteinen meint deshalb nicht, dass die Themen nichts miteinander zu tun haben. Es wird damit ebenfalls sichtbar, welche eine hohe Bedeutung der Schulungs- und Praxiserfahrung des Referierenden zukommt.

Schlussfolgerungen

Diese Version des Curriculums hat einen Status erreicht, der mit Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleitern anwendbar ist und publiziert werden kann. Trotz der Einschätzung der Multiplikatoren, dass das Curriculum der Version 1 geeignet sein wird, Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter auf ihren Dienst vorzubereiten, muss sich diese Vermutung auch in der verbesserten Version 2 in der Praxis erst bestätigen. Wissenschaftliche Evaluationen sind erforderlich.

6. Diskussion

6.1. Stufe I: Spiritual-Care-Schulungspraxis in Deutschland

6.1.1. Demographische Daten der teilnehmenden Dienste

Der überwiegende Teil der teilnehmenden Dienste ist entweder ein eingetragener Verein oder in der Struktur eines konfessionellen Wohlfahrtsverbandes verortet. Damit werden die in der Gründerzeit häufig vorzufindenden losen Gruppierungen ohne Rechtsform deutlich weniger, was auch mit den zunehmenden Anforderungen durch gesetzliche Entwicklungen der letzten mehr als zehn Jahre einhergeht. Der hohe Organisationsgrad (Mitgliedschaft im Landesverband, Förderung nach §39a SGB V, personelle Ausstattung und Begleitungs- und Beratungsangebot mindestens nach Stufe 2) deutet auf etablierte und organisierte Einrichtungen hin und weist einen Trend an Verbindlichkeit und Professionalisierung auf.

Die Teilnehmerzahlen der einzelnen Bundesländer (Abbildung 2, S. 54) lohnen eine Betrachtung in Relation zur Zahl der Umfrageeinladungen in den jeweiligen Bundesländern:

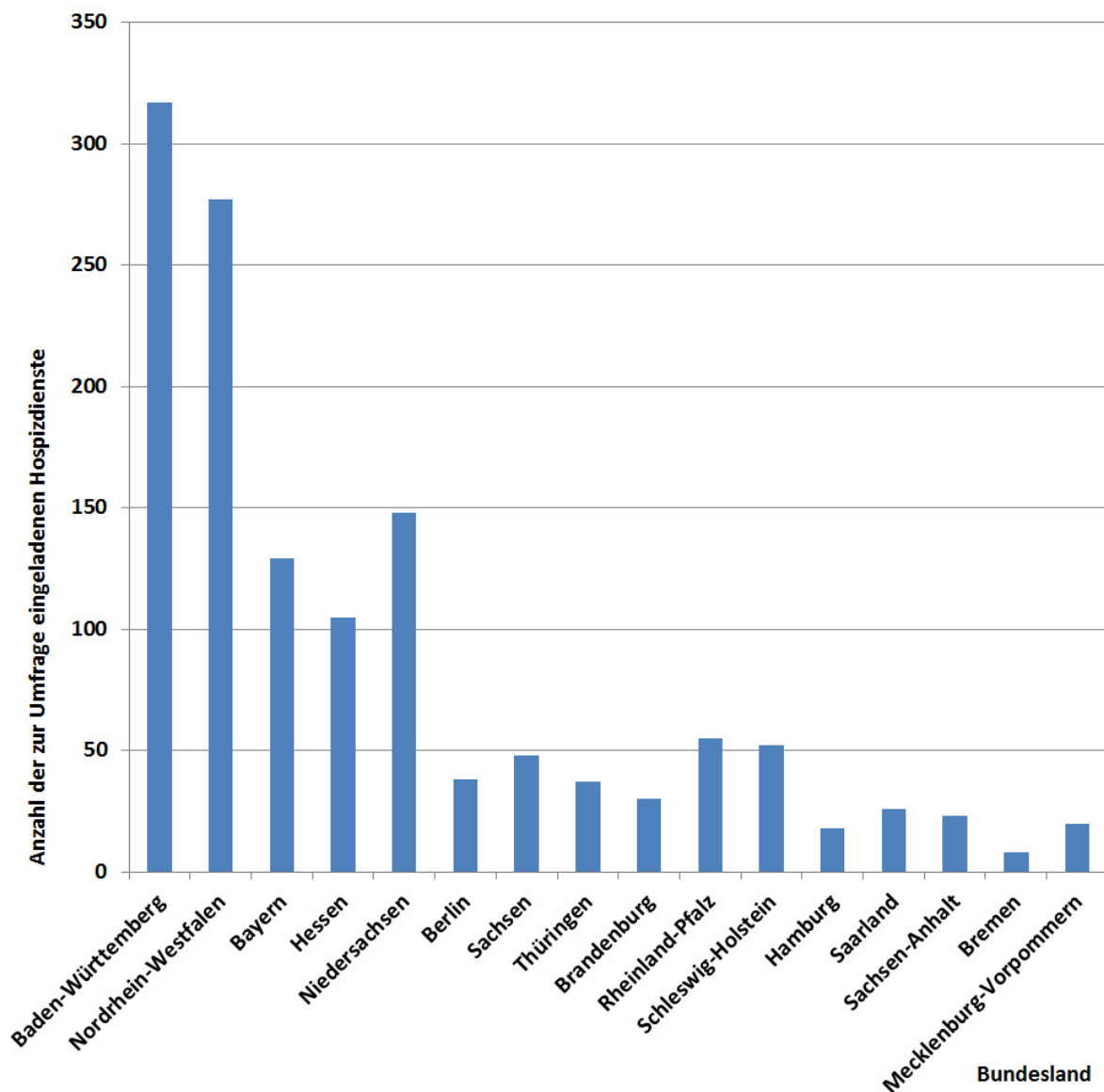


Abbildung 7: Verteilung der zur Umfrage eingeladenen ambulanten Hospizdienste

Rechnerisch wird deutlich, dass Bayern (40,3%), Hamburg (33,3%) und Baden-Württemberg (30,0%) im Verhältnis zur Zahl der eingeladenen Hospizdienste je Bundesland die höchste Beteiligung an der Umfrage aufweisen. Die geringste Beteiligung wurde für Sachsen-Anhalt (13,5%), Bremen (12,7%) und Mecklenburg-Vorpommern (10,0%) ermittelt.

Die Mehrheit der Hospizdienste ist der Anzahl der ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter nach in kleineren Einheiten organisiert. Dienste mit bis zu 40 oder 50 Ehrenamtlichen überwiegen. Dies deutet auf eine sehr regionsbezogene Organisation der Hospizarbeit hin. Für die Arbeit in vernetzten Strukturen ist dies eine Chance und Herausforderung zugleich.

6.1.2. Spiritualität

a) Thematisierung von Spiritualität in der Schulung zum Hospizbegleiter

Dass Spiritualität eine zu beachtende Ressource bei schwerer Erkrankung ist und die spirituellen Bedürfnisse und Ressourcen der Betroffenen vielfältig sind, wurde in der Fachliteratur sowie in der Forschung verschiedentlich dargestellt [Büssing et al. 2009; Phelps et al. 2012; Alcorn et al. 2010]. Spirituelle Begleitung ist eine Aufgabe aller Mitarbeiter im Gesundheitswesen [Hanson et al. 2008] und spielt auch eine Rolle in der Arbeit der Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter [Höver und Schaeffer 2009; Höver 2011; Hagen und Raischl 2011].

Deshalb muss Spiritualität in der Schulung der Ehrenamtlichen aufgegriffen werden. Dass dies in deutschen ambulanten Hospizdiensten der Fall ist, belegt die Vielfalt der Formen, wie das Thema Spiritualität in der Schulung umgesetzt wird (ob als eigene Einheit oder als Basis des gesamten Kurses). Sollten Curricula, welche die Hospizdienste zur Erstellung ihres Kurskonzepts heranziehen, um ein spezielles Spiritual-Care-Curriculum ergänzt werden, so sollte dies eine Erweiterung der bestehenden Materialien darstellen und als Hilfestellung dienen, das eigene Kurskonzept zur Schulung von Spiritualität (weiter) zu entwickeln oder zu ergänzen bzw. mit den externen Referierenden in einen tieferen Dialog einzutreten bezüglich der Unterrichtsinhalte und -ziele.

Spiritualität in der Schulung Ehrenamtlicher wird zwar international thematisiert und als Bedarf gesehen, aber es gibt kaum Forschung dazu. Beispielsweise gibt es einen Bericht über die Spiritual-Care-Schulung Ehrenamtlicher in Kirchengemeinden (community members), die auch im hospizlichen Kontext eingesetzt werden [Raab 2005]. Aber konkret zur Schulung ehrenamtlicher Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter in Spiritual Care ist die Datenlage überschaubar. Die Wichtigkeit der Schulung von Spiritual Care wird allen „Health Care Professionals“ zugeschrieben, nicht alleine den Ehrenamtlichen. Die Thematisierung von Spiritualität bei Pflegenden und Mediziner*innen ist deshalb etwas umfangreicher. Beispielsweise sehen Pflegende spirituelle Begleitung als ihren Auftrag, fühlen sich aber nicht ausreichend dafür geschult [McSherry und Jamieson 2011]. Spiritualität spielt in der Arbeit von Palliativmediziner*innen eine grundlegende Rolle – für sie selbst und die kranken Menschen, was in der Schulungspraxis zu berücksichtigen ist [Penderell und Brazil 2010]. Die Bedeutung der Schulung Ehrenamtlicher generell wird auch international betont [Wilson 2000; Scherwitz et al. 2006].

b) Referenten und Qualifikation

Etwa die Hälfte der ambulanten Hospizdienste engagieren eine externe Lehrkraft für den Schulungsteil Spiritual Care. Dies erfordert Absprachen bezüglich des Inhalts der Schulung. Bei jenen, die angegeben haben, dass sie keine Unterrichtszielbeschreibung haben, bleibt unklar, auf welcher Basis sie den Lehrauftrag inhaltlich verhandeln.

Es ist davon auszugehen, dass die Tatsache, dass fast die Hälfte der Lehrkräfte Erfahrung bzw. Qualifikation in beiden Bereichen (hospizlich / palliativ und seelsorglich / theologisch) hat, auf die Unterrichtsqualität positiv einwirkt. Duale Kompetenzen können aber weder von Theologen bzw. Seelsorgern noch von Hospiz- und Palliativmitarbeitenden erwartet werden.

Bei jenen, die ausschließlich seelsorglich / theologische Kompetenzen mitbringen, bleibt die Frage offen, wie jene Themen, die für die praktische Arbeit der Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter in Spiritual Care wesentlich sind, vermittelt werden können und der Unterricht nicht auf Informationen über Seelsorge am Lebensende generell begrenzt bleibt. Umgekehrt bleibt die Frage offen, wie jene, die ausschließlich mit hospizlich / palliativem Hintergrund das Thema Spiritual Care unterrichten ohne jeglichen Bezug zu Seelsorge / Theologie, die Einbindung der Aspekte von Seelsorge sicherstellen.

Analog zum Basiskurs Palliative Care für Seelsorgende, der bezogen auf das Handlungsfeld von Seelsorgenden zur spirituellen Begleitung in der Palliativsituation befähigen soll, so soll die Schulung der Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter diese zur spirituellen Begleitung in der Palliativsituation befähigen bezogen auf das ehrenamtliche Handlungsfeld. Was als Dozentenvoraussetzung für die Seelsorgenden gilt, gilt analog für die Hospizbegleitenden. Für die Seelsorgenden heißt es: „Die [ökumenisch ausgerichtete] Kursleitung muss Felderfahrung in der Begleitung Kranker und Sterbender im Palliativ- und Hospizbereich haben. [...] Es ist wünschenswert, dass die Referierenden eine Palliative Care-Ausbildung absolviert haben und im Palliativkontext tätig“ sind [Hagen et al. 2011, S. 28]. Dies heißt für die Schulung der Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter: Es ist wünschenswert, dass die Kursleitung einen beruflichen Hintergrund aus dem Hospiz- und Palliativbereich hat [Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz 2005]. Sie muss aber nicht notwendig Felderfahrung in der Seelsorge haben, weil Spiritualität nur einen Teilaspekt der gesamten Schulung Ehrenamtlicher darstellt. Bezüglich des Referierenden ist es wünschenswert, aus dem Arbeitsfeld der Seelsorge zu kommen. Sollte die Kursleitung nicht über Kenntnisse

der für Ehrenamtliche relevanten spirituellen Aspekte am Lebensende verfügen, so muss die Lehrkraft diese Schnittstelle schließen, um das Zusammenspiel beider Fachrichtungen grundlegend zu sichern.

Grundsätzlich ist es sinnvoll, einen Theologen oder einen Gemeindeseelsorger für die Unterrichtsgestaltung einzuladen. Allerdings ist dies nicht verallgemeinerbar. Es ist sinnvoll, in die Lehre von Spiritual Care jemanden einzubinden, der auch die Praxis der Hospizarbeit kennt. Eine Lehrkraft, die mit beiden Feldern vertraut ist, kann die praktische Seite der Hospizarbeit in Spiritual Care thematisieren und Spiritual Care auf das Handlungsfeld der Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter unmittelbar beziehen.

Beispielsweise können Krankenhausseelsorgende mit den Besonderheiten des ambulanten Settings der ehrenamtlichen Hospizarbeit unter Umständen wenig vertraut sein. Denn spirituelle Begleitung durch ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter im ambulanten Bereich unterscheidet sich von Seelsorge durch Seelsorgende im stationären Kontext.

Es gibt aber durchaus vielfältige Ansätze, beide Fachrichtungen (Hospiz- und Palliativverfahren sowie Seelsorge bzw. theologische Kompetenzen) zu vereinen. Beispielsweise kann der Vorsitzende eines Hospizdienstes einen theologischen Hintergrund haben. Die Praxis ist reich an kreativen Lösungen:

„Katholischer Seelsorger mit 50%-Stelle ist angebunden im stationären Hospiz.“ (#5)

„Eine Koordinatorin verfügt über ein Grundstudium in Evangelischer Theologie.“ (#49)

„Eine ehrenamtliche Seelsorgerin ist auch ehrenamtliche Hospizmitarbeiterin.“ (#157)

Wie auch immer sich die Konstellationen in der Praxis ergeben, bleibt zu bedenken, auf welche Weise das, was Ehrenamtliche an Schulung benötigen, durch eine geeignete Auswahl eines Referierenden abgebildet werden kann. Die Zusammenarbeit ambulanter Hospizdienste mit Gemeindeseelsorge gezielt zu suchen kann für die Zusammenarbeit in der Patientenversorgung und für die Schulung Ehrenamtlicher gleichermaßen ein Gewinn sein.

Auf dem Hintergrund, dass auch die Rahmenbedingungen ehrenamtlicher Einsätze stark variieren (häusliches Umfeld oder Krankenhaus; Begleitung über

einen längeren Zeitraum bis zum Tod oder über eine kurze Wegstrecke bis zur Entlassung; regelmäßige oder sporadische Besuche; Zuständigkeit für eine oder mehrere Sterbende zu einer Zeit), sind Überlegungen nötig, wie die Lehrkräfte für die Schulung ehrenamtlicher Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter in Spiritual Care im Besonderen die hospizlich-palliative Praxis und die Herausforderungen in Spiritual Care in sich vereinen [Gratz et al. 2015c].

Wenn Spiritualität als Größe gedacht wird, die den Respekt gegenüber allen Religionen und Kulturen einschließt, ist es folgerichtig, darüber nachzudenken, wie dies in der Frage des Referierenden abgebildet werden kann.

„In unserem Hospizdienst sind Mitglieder sehr unterschiedlicher weltanschaulicher Richtungen vertreten. Sie sind verbunden durch eine gemeinsame innere Haltung den Patienten, Angehörigen und der Aufgabe gegenüber. Es ist Konsens in der Gruppe, dass wir zu unseren regelmäßigen Fortbildungen Vertreter verschiedener spiritueller Richtungen einladen und im lebendigen Gespräch miteinander bleiben, denn unser gemeinsames Ziel ist, die Menschen, die wir begleiten, in ihrer jeweiligen Spiritualität zu akzeptieren.“ (#274)

Diese Aussage ist ein Beleg dafür, dass es durchaus sinnvoll ist, die Einbindung verschiedener religiöser Vertreter als Lehrende im Rahmen von späteren Fortbildungen für erfahrene Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter vorzunehmen und weniger im Vorbereitungskurs, der an dieser Stelle zu Recht keine Vertiefung verschiedener religiöser Richtungen vorsieht.

Forschung zu Schulungseffekten in Spiritual Care hat es bereits gegeben [Paal et al. 2015a]. Eine Untersuchung wirft dabei die Frage auf, dass zu klären bleibt, wie die Schulungseffekte sein werden, wenn die Lehrenden das Schulungsprogramm nicht selbst entwickelt haben, sondern ein vorhandenes Programm nur anwenden [Meredith 2012]. Die Frage der Anwendbarkeit des Spiritual-Care-Curriculums durch künftige Lehrkräfte, die Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter unterrichten, ist deshalb auch in diesem Forschungsprozess zu stellen. Eine evaluierte Testschulung trifft Aussagen darüber (Stufe III).

Die Forschung beschäftigt sich vorrangig damit, dass Spiritualität alle Berufsgruppen betrifft und Schulung zu einer Verbesserung der Spiritual-Care-Kompetenz führt. Forschung über konkrete Auftragsbeschreibungen an Referenten bzw. zu Unterrichtszielbestimmungen bestimmt nicht die Literatur.

Weitere Forschungen in Spiritual Care müssen deshalb Voraussetzungen und Fragen nach Qualifikation bezüglich der Spiritual-Care-Referierenden bedenken.

c) Bestimmung der Unterrichtsziele

Aus den Ergebnissen leitet sich die Frage ab, welchen hospizlichen Bezug jene Kursleitungen bzw. Referierende haben, wenn sie über die Unterrichtsziele entscheidungsbefugt sind. Da die meisten der Hospizdienste, welche die Kursleitung über die Unterrichtsziele bestimmen lässt, diese Kursleitung aus den eigenen Reihen bestreitet, ist der Bezug zur Hospiz- und Palliativarbeit sichergestellt.

Bei jenem Viertel, das die Lehrkräfte entscheiden lässt, sind vier mit nur seelsorglichem / theologischem Hintergrund und ohne hospizlichen / palliativen Zugang. Dies wirft die Frage auf, aus welchen Quellen diese Lehrkräfte Informationen darüber beziehen, welche Inhalte Ehrenamtliche für ihre praktische Arbeit benötigen. In diesen Fällen käme einer klaren Absprache der Unterrichtsziele erhebliche Bedeutung zu.

Dass Unterrichtsziele so wenig beschrieben sind, hat unter Umständen etwas damit zu tun, dass viele Hospizdienste im Unterricht nicht konkret bearbeiten, welche Aufgaben Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter in Spiritual Care haben. Denn konkrete Vorstellungen über Unterrichtsziele schließen konkrete Vorstellungen von Aufgaben mit ein.

Um die Spiritual-Care-Kompetenzen bei Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleitern im Detail zu beschreiben, bedarf es weitergehender Forschung. Eine gute Ausgangsbasis bilden aber durchaus Veröffentlichungen, die sich auf „Health Care Professionals“ beziehen [Cooper et al. 2010; Marr 2007]. Sie erlauben eine Eingrenzung bzw. Konkretisierung der Aufgaben von Ehrenamtlichen. Es bleibt aber zu bedenken, dass der Aufbau eines Schulungskonzepts nicht ausschließlich von möglichen Aufgaben und gängigen Schulungsinhalten her gedacht und aufgebaut wird, sondern vorrangig von den Zielen her, die sich aus Aufgaben, Herausforderungen und Gesprächsthemen in der Begleitung ableiten lassen [Müller und Heinemann 2015; Planalp et al. 2011].

d) Raum für Selbstreflexion

Dass die Reflexion der eigenen Spiritualität der Kursteilnehmenden eine große Rolle spielt, geschieht auf dem Hintergrund, dass die Spiritualität der Begleiteten bewusst in den Mittelpunkt zu stellen ist. Die meisten Hospizdienste teilen dieselbe Ausrichtung:

„Den Schwerkranken dabei zu unterstützen, seine Spiritualität bis zuletzt zu leben, ist gerade in der ambulanten Hospizarbeit sehr wichtig.“ (#325)

Dafür muss der eigene Standpunkt der Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter reflektiert und gefestigt sein. „Insgesamt besteht ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal zwischen der Wahrnehmung der spirituellen Dimension beim anderen, die an der eigenen spirituellen Erfahrung anknüpft [...] und der spirituellen Dimension des anderen, die der eigenen Erfahrung nicht vertraut ist oder ihr widerspricht. In der Praxis zeigt sich, dass ehrenamtliche Besuchsdienste [...] diese spezielle Kompetenz nur dann haben, wenn sie professionell begleitet und geschult werden“ [Hagen und Raischl 2011, S. 289].

Ergebnisse, die auf Selbstreflexion zielen, machen deutlich, dass ausschließlich Wissensvermittlung in Spiritual Care durch Hospizbegleitende nicht ausreichend ist und eine Öffnung in Richtung Vermittlung von Haltung und Fertigkeiten Berücksichtigung finden muss. Bereits an dieser Stelle konnte festgehalten werden, dass diese Anteile in einem Curriculum vorkommen und deshalb im weiteren Verlauf konkretisiert werden müssen.

„Voraussetzung dazu ist, dass jedes Mitglied der Gruppe die eigene Spiritualität reflektiert und für sich selbst auch in dieser Hinsicht sorgt.“ (#274)

Die Reflexion der eigenen Spiritualität schließt zweierlei Perspektiven mit ein: Es geht um die Selbstreflexion im Sinne eines reflektierten Sich-Einlassens auf die spirituelle Dimension der Begleiteten. Dazu gehört, Grenzen zu akzeptieren und sich darauf einzulassen, „dass nicht alle Ereignisse durch eigenes Tun und Handeln durchgängig lenkbar und bestimmbar sind“ [Müller und Heinemann 2015, S. 194]. Gleichzeitig geht es um eine vertiefte Auseinandersetzung mit und Pflege der eigenen Spiritualität als Ressource für den Umgang mit Sterben und Tod generell [Dein und Abbas 2005; Brown 2011; Penderell und Brazil 2010; Wasner et al. 2005], denn „individuals who reported a greater frequency of daily spiritual experiences also tended to report less physical, cognitive, and emotional burnout“

[Holland und Neimeyer 2005, S. 177]. Selbstreflexion und Selbstsorge sind also in der spirituellen Begleitung gleichermaßen zu bedenken [Cooper 2010; Owen-Still 1985].

e) Arbeitsdefinition

Spiritualität wird in hohem Maße thematisiert. Dem steht gegenüber, dass die Beschreibung von Spiritualität aus sehr verschiedenen Quellen eingebracht wird. Daraus ist nicht abzulesen, ob es zwischen Träger, Kursleitung und Referierenden eine Abstimmung gibt und der Dienst gezielt eine Position vertritt. Inwieweit die Hospizdienste einerseits eine Spiritualitäts-Beschreibung i.S.e. Arbeitsgrundlage wie z.B. jene der DGP verwenden und andererseits die Unschärfe des Begriffs als Chance [Roser 2012] zu nutzen verstehen, bleibt ebenfalls offen. Wichtiger als eine konkrete Definition von Spiritualität ist es, innerhalb des Dienstes in einen Dialog darüber einzutreten, wie Spiritualität behandelt, eingeordnet, erklärt oder eben nicht erklärt wird.

Die unterschiedlichen, aber offenen Zugangsweisen zur Begrifflichkeit spiegeln sich auch in Fachliteratur und Forschung wider. Beispielsweise findet sich verschiedentlich der personenzentrierte Ansatz oder eine Unterscheidung von religious care und spiritual care [Gordon und Mitchell 2004; Puchalski et al. 2009; Pesut 2003; Surbone und Baider 2010].

Dass vielfach, aber nicht durchgängig eine Definition verwendet wird, deutet darauf hin, dass zu deren Auswahl und Einsatz Hilfestellung sinnvoll ist.

„Was mir helfen würde ist dies, klare Definitionen zu haben was Spiritualität und Spiritual Care beinhaltet und wie sie gelebt werden kann für mich selbst und im Miteinander. Dadurch, dass ich mir in diesem Gebiet selbst nicht sicher bin, was es letztendlich bedeutet, kann ich es auch nicht unseren ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen vermitteln. Es begegnet uns immer wieder, wir wissen aber zu wenig darüber.“ (#161)

Wenn die Unbestimmbarkeit des Begriffs durchaus als Chance zu begreifen ist, ist dies förderlich in der Begleitungssituation, „denn im Kontext einer existenziellen Bedrohung erweist sich Spiritualität als Faktor in prinzipiell unverfügbaren – auch gegenüber therapeutischen Maßnahmen – Entwicklungsprozessen, Sinnfragen und trägfähigen Bezugssystemen der Person als notwendig“ [Roser 2012, S. 237].

Sie hilft, jede Offenheit zu bewahren und der individuellen lebensgeschichtlichen Färbung Raum zu geben. Forderungen nach Bestimmbarkeit bzw. Beschreibung des Begriffs als Notwendigkeit beziehen sich primär auf die Diskussion und die Verankerung von Spiritual Care in Palliative Care. Diese ist in den Blick zu nehmen, denn obwohl die WHO-Definition von Palliative Care die spirituelle Dimension ausdrücklich mit einschließt, ist festzustellen, „however, healthcare professionals report difficulty in meeting the spiritual needs of patients“ [Nolan et al. 2011, S. 86]. Dies eröffnet für Schulungszwecke eine Basis unter gleichzeitiger Beibehaltung der Offenheit gegenüber den Betroffenen.

6.1.3. Spiritual Care in der Arbeit der Hospizbegleiter

Spiritualität als existenzielle Dimension des Menschen ist das Eine, spirituelle Begleitung als Aufgabe etwas Anderes. Besonders auffällig ist die Diskrepanz zwischen der Angabe, dass einerseits die Aufgaben der Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter in der Schulung behandelt werden, aber andererseits nicht zur Sprache kommt, welche Aufgaben das konkret sind. Es wird also über spirituelle Begleitung im Ehrenamt gesprochen, ohne näher zu beschreiben, was das ist und welche Kompetenzen erforderlich sind. Die Erhebung lässt offen, ob dies so ist, weil das Aufgabenfeld klar ist oder umgekehrt, weil es so unklar ist. Spirituelle Begleitung zielt nicht darauf ab, bestimmte Ziele zu erreichen. Wenn Spiritualität etwas ist, das dem Menschen innewohnt, etwas zutiefst Subjektives, dann kann die Begleitung nur darauf gerichtet sein, sich diesem Inneren des Anderen zu nähern. Es darf darüber hinaus nicht übersehen werden, dass „Spiritualität nicht ein Moment von ‚Hospiz‘ neben anderen ist, sondern das tragende Ganze, ohne das Hospiz und Palliativmedizin nicht einmal den Anspruch von ‚Qualität‘ erheben könnten. Der ‚spirituellen Begleitung‘ kommt somit in der hospizlich-palliativen Arbeit eine substantielle und nicht bloß eine ergänzende Bedeutung zu“ [Höver 2011, S. 117].

Dass spirituelle Bedürfnisse am Lebensende unzureichend aufgegriffen werden und oft unerkannt bleiben, wird in der Literatur mehrfach beschrieben [Epstein-Peterson et al. 2015; Hampton et al. 2007; Hermann 2007; Vallurupalli et al. 2012]. Die Komplexität wird dadurch erhöht, dass spirituelle Bedürfnisse verschiedentlich geäußert werden. Dafür sind unterschiedliche Unterstützungsformen [Bornemann et al. 2010; Frick et al. 2005; Liu 2014; Okon 2005; Puchalski et al. 2009; Surbone und Baider 2010; Tan et al. 2005] nötig. Die Unterstützung kann gelingen, wenn Spiritual Care Bestandteil von Schulung ist [Epstein-Peterson

et al. 2015; Gordon und Mitchell 2004; Lillis 2014; Marr et al. 2007; Meredith 2012; Owen-Still 1985; Wesley et al. 2004; Yardley et al. 2009].

Zu den wesentlichen Daten, die den weiteren Forschungsprozess beeinflussen, zählt die Bedeutung, die Spiritualität und Spiritual Care in der Arbeit der ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter aus Sicht der Befragten grundsätzlich beigemessen wird. Wäre diese gering ausgefallen, so hätten weitere Entwicklungen bezüglich der Ausarbeitung eines Curriculums geringe Relevanz.

„Ich finde es für Hospizbegleiter hilfreich, wenn sie spirituelle (auch über ihre Spiritualität reflektieren und reden könnende) Menschen sind. Spiritualität als Unterrichtsfach kann ich mir nicht vorstellen, höchstens in Form einer Anregung zur Selbstreflexion.“ (#116)

Es werden zwei Pole deutlich, innerhalb derer es einen Weg zu finden gilt: dem Bedarf nachzukommen, ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter an den Umgang mit der (im Lauf eines ganzen Lebens herausgeprägten) Spiritualität in der konkreten Begegnung am Lebensende heranzuführen einerseits, denn „nonclergy team members should be prepared to fill the role to the best of their abilities [Owen-Still 1985, S. 34]. Andererseits kann die Grundannahme und Zielsetzung nicht sein, „für menschliche Not und abgrundtiefe Verzweiflung, für die Widersprüche des Lebens, die nicht lösbar sind, für die laute Klage und die Trostlosigkeit der Tränen und all das, was unvollendet bleibt, das sich nicht sedieren lassen sollte“ [Heller 2013, S. 76] eine Lösung zu finden. Mit der Feststellung, dass Spiritualität und spirituelle Begleitung in der Arbeit der ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter eine große Rolle spielen, ist noch keine Festlegung getroffen, was spirituelle Begleitung durch Hospizbegleitende konkret kennzeichnet und wo sie an Grenzen kommt.

An manchen Stellen der Literatur finden sich Informationen, was in der spirituellen Begleitung durch Pflegende oder Mediziner in den Blick zu nehmen ist. Eine konkrete Aufgabenbeschreibung aber wäre für Ehrenamtliche zu reflektieren und auf ihre konkrete Rolle hin abzuleiten. Die Begleitungsaufgaben sind dabei herausfordernd und vielfältig. Dass die Begleitungsaufgaben in Spiritual Care zwar thematisiert, aber nicht im Detail behandelt werden, hat zur Folge, dass die Begleitungsaufgaben in den Fokus des Curriculums gerückt werden.

„Wir erleben ein großes Bedürfnis von Seiten der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sich mit dem Thema zu beschäftigen, teils auch aus Unsicherheit, inwieweit sie als Nicht-Seelsorger und religiös Ausgebildete sich dazu mit Patienten ins Gespräch begeben können.“ (#173)

„Ich bin der Ansicht, dass die spirituellen Aspekte in der Begleitung nicht ausreichend gesehen werden. Viele begleitete Patienten gehören keiner Religionsgemeinschaft mehr an oder haben aufgrund negativer Erfahrungen kein lebendiges Verhältnis mehr zu ihrer Religionsgemeinschaft. Oft können spirituelle Bedürfnisse nicht gut in Worte gefasst werden, weil die begleiteten Menschen nicht gelernt oder verlernt haben, diese Bedürfnisse zu artikulieren.“ (#103)

Es muss vom Träger gezielt geklärt werden, in welcher Tiefe der Umgang mit der spirituellen Dimension Schwerkranker und Sterbender wie auch ihrer An- und Zugehörigen erwartet wird und welche Aufgaben damit verbunden sind [Puchalski et al. 2009]. Es kann nicht grundlegend vorgeschrieben werden, welche Kompetenzen erforderlich sind, vielmehr wäre ein „Competency Chart a living document that is open to further dialogue and development“ [Cooper et al. 2010, S. 873]. Innerhalb eines Trägers wäre eine Diskussion und eine Klärung weiterführend, ob es (über ein Grundverständnis von Spiritualität am Lebensende hinaus) um den Respekt vor der Spiritualität des Begleiteten und der Wahrnehmung spiritueller Bedürfnisse geht? Oder sind darüber hinaus Gestaltungskompetenzen angebracht im Sinne einer Gesprächskompetenz und / oder einer Begleitungskompetenz in Form von z.B. Ritualen und Einbindung von Seelsorge? Die Entscheidung beeinflusst den Aufbau und den Umfang der Schulung. Neben spirituellen Bedürfnissen, Coping, Lebenssinn, Religionen und Kulturen werden Themen wie Präsenz und Gespräch, Gestaltung von Ritualen sowie Einbindung von Seelsorge eine zentrale Rolle einnehmen müssen.

6.1.4. Fortbildung für aktive / erfahrene Hospizbegleiter

Die Ergebnisse bezüglich der Fortbildung für aktive / erfahrene Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter (Wichtigkeit contra tatsächliches Angebot) lassen darauf schließen, dass vermehrte Fortbildungsangebote in den Hospizeinrichtungen gut angenommen würden:

„Spiritualität in der Hospizarbeit ist für mich ein sehr wichtiger Aspekt, da gerade am Lebensende die Sinnfrage und ein Suchen nach etwas ‚Höherem‘ immer wieder aufkommt. Ich wünsche mir dafür mehr Zeit in der Ausbildung aber auch Fortbildung für Koordinatoren und ausgebildete Ehrenamtliche.“ (#119)

„Bitte um mehr Fortbildungen diesbezüglich in den Akademien.“ (#193)

„Fällt leider, da wenig ‚meßbar‘ häufig unter den Tisch, braucht gute Weiterbildungsangebote / Wochenendseminare / Fortbildungskurse.“ (#251)

„Für uns gibt es zu wenige Angebote zur Weiterbildung (nach Abschluss des Kurses) zum Thema Spiritualität und Spiritual Care für ehrenamtliche Hospizbegleiter/innen! Wir würden gerne noch mehr Fortbildungen anbieten!!“ (#260)

Woran es liegt, dass der Fortbildungsbedarf nicht gedeckt ist angesichts des wachsenden Bildungsmarktes, lässt sich aus der Umfrage nicht erkennen. Es darf aber von mehreren Aspekten ausgegangen werden:

- Bei begrenztem Fortbildungsbudget (finanzieller und zeitlicher Natur) sind viele Themen ähnlich dringlich wie z.B. Begleitung von demenziell erkrankten Menschen.
- Die Klarheit, was genau inhaltlich geschult und beauftragt werden soll, fehlt.
- Die Offenheit und Individualität von Spiritualität führen zu der Annahme, das Thema ließe sich schwer inhaltlich fassen und in ein Schulungsformat gießen. Die Schulung in Spiritual Care hat viel mit Schulung von Haltung zu tun, nicht nur mit Inhalten, was in der Unterrichtsgestaltung herausfordert:

„Bei den Fortbildungen zu dem Thema ist immer wieder interessant, dass die Ehrenamtlichen meist eher eine bestimmte Haltung als Spiritualität bezeichnen würden, mehr als bestimmte Inhalte. Also im Prinzip kann es in jeder kleinen kleinsten Tätigkeit spirituelle Momente geben.“ (#283)

Eine Studie aus den USA gibt Einblicke in den Fortbildungsbedarf, der in Deutschland Parallelen aufweisen könnte [Lavenburg und Bernt 2012]: zu den neun wichtigsten Themen zählen auch Ethische Fragen, Kommunikation, Spiritualität. Es ist ersichtlich, dass Fortbildung in allen Bereichen von total pain (physische, psychische, soziale und spirituelle Komponenten) im Lauf der Jahre aktiver ehrenamtlicher Hospizarbeit abdecken muss.

6.1.5. Konfessionsgebundene Trägerschaft

Mehr als die Hälfte der teilnehmenden Dienste sind als eingetragener Verein in keiner konfessionsgebundenen Trägerschaft. Für eine Vermittlung eines konfessionsgebundenen Spiritualitätsansatzes im Unterricht gibt es daher keine Verpflichtung, die sich aus der Trägerstruktur herleitet.

Konfessionsunabhängige Dienste, die eine z.B. christliche Basis ihrem Handeln zugrunde legen, tun dies aus der geschichtlichen Tradition der Hospizarbeit heraus und weil sie Werte des Christentums im Einklang sehen mit der Grundausrichtung hospizlicher Arbeit:

„Wir sind nicht konfessionsgebunden, orientieren uns aber laut Satzung: ‚Der Vereinszweck wird aus christlichem Grundverständnis erfüllt. Der Verein orientiert sich an Leitsätzen, wie sie auch Grundlage z. B. für die Tätigkeit der Caritas und der Diakonie sind.‘“ (#219)

Dass die Vertretung konkreter religiöser Inhalte in der Begegnung mit den Betroffenen nicht das Ziel ist, zeigen auch die Antworten.

„Wir sind zwar konfessionell durch unseren Träger ausgerichtet, [...], aber der zu Begleitende und sein Umfeld geben uns vor, wie, wann und wo Spiritualität in den Vordergrund rückt.“ (#10)

„Es ist uns wichtig, dass die Hospizbegleiter die Trägerschaft der katholischen Kirche akzeptieren und respektieren [...]. Da es uns wichtig ist, überkonfessionell zu begleiten, muss die Konfessionalität des Trägers auch nicht immer deutlich werden und die der Hospizbegleiter auch nicht.“ (#12)

Es bleiben trotz des konfessionsunabhängigen Ansatzes der spirituelle / religiöse Hintergrund der Hospizbegleitenden und des Teams sowie die konfessionelle Ausrichtung des Trägers eine bedeutende Basis, die es im Schulungskontext zu thematisieren gilt.

Ein Blick in die Geschichte, als Medizin und Religion noch im Einklang agierten [Weiher 2009a], mag das Verständnis fördern und Anregungen dafür bieten, was das Potenzial der Konfessionen sein kann. Dies stellt gleichzeitig vor die Herausforderung, die Angebote der Religionen erfahrbar zu machen in einer Zeit abnehmender Religionszugehörigkeit, zunehmender persönlicher Ausprägung von Spiritualität und nicht minder vorhandener Leiderfahrung bei schwerer Erkrankung.

6.1.6. Vernetzung mit Seelsorge

Die Erhebung deutet an, dass sehr viele Dienste irgendeine Form von Vernetzung oder Kooperation pflegen mit Seelsorge bzw. Vertretern einer Religionsgemeinschaft vor Ort. Die Aufgaben, die Seelsorger konkret übernehmen und die Häufigkeit ihrer Einbindung waren nicht Gegenstand der Untersuchung [vgl. Baumgartner et al. 2009]. Wenn Seelsorger nicht nur in die Versorgung eingebunden werden, sondern eine Funktion im Hospizdienst (z.B. Mitglied des Vorstandes) haben, so erhöht dies die Wahrscheinlichkeit, dass sie mit hospizlichen / palliativen Themen vertraut sind. Seelsorgende kommen häufig nur bedingt in Berührung mit Hospiz- und Palliativarbeit, so dass deren hospizlicher Bezug auf die patientenbezogene Zusammenarbeit beschränkt ist und die Seelsorge am Lebensende nur einen kleinen Teil ihres seelsorglichen Wirkens darstellen kann. Dass in der Gemeindeseelsorge zu arbeiten nicht notwendig heißt, mit Palliativseelsorge vertraut zu sein, darf aus den Freitextangaben abgeleitet werden:

„Wir sehen die Gemeindeseelsorger beider christlichen Großkirchen in diesem Bereich i.d.R. überfordert und bemühen uns [...] um eine Benennung von speziellen Seelsorgern in der Region. [...] Seelsorger ist beim Hospizdienst und insbesondere in der Beratungs- und Schulungsfunktion für die Ehrenamtlichen elementar, nicht nur bezogen auf den engen zeitlichen Korridor der SAPV.“ (#215)

Diese Schnittstelle wird im ambulanten Bereich meist auf der interprofessionellen Ebene bleiben, die aber ein Gewinn ist, weil Ehren- und Hauptamtliche eines Hospizdienstes wissen, was Seelsorge leistet [Charbonnier 2008] und wie und wofür sie eingebunden werden kann.

In mehreren Publikationen [Buser et al. 2008; Charbonnier 2008; Lloyd-Williams et al. 2006] wurde über die Bedeutung der Seelsorge am Lebensende berichtet und dabei festgehalten, dass Seelsorge in Palliative Care zu wenig (regelgeleitet) eingebunden ist und Schulungsbedarf bei Seelsorgenden konkret bezüglich Seelsorge in Palliative Care besteht. Neutralität bzw. der Umgang (konfessionsgebundener) Seelsorgender mit Menschen, die einen anderen Hintergrund und andere (ethische) Ansichten haben, bleibt als Herausforderung neben der formalen Zusammenarbeit zu bedenken [Charbonnier 2008; Farley 2014]. Für Hospizdienste heißt dies, konkret zu erarbeiten, wofür und in welchem Rahmen eine Zusammenarbeit mit Gemeindeseelsorge aussehen kann. Auf dem Hintergrund, dass Mitarbeitende im Gesundheitswesen des deutschsprachigen Raums

die Seelsorgenden als wichtigste Anbieter von Spiritual Care betrachten [Paal et al. 2014], ist Kooperation mit Seelsorge besonders zu klären. Diese Klärung schließt die Abgrenzung von Spiritual Care (durch Hospizbegleiter) und Seelsorge (durch Seelsorger) mit ein. Auch wenn diese Grenze schwer zu ziehen ist [Charbonnier 2008], wird es Überschneidungen zwangsläufig geben und es lohnt eine Reflexion z.B. dessen, wofür ein hospice spiritual counselor zuständig ist [Lillis 2014], um die Konturen der Arbeit von ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleitern in Spiritual Care klarer zu ziehen (6.4.3). Dabei darf nicht übersehen werden, dass spirituelle Begleitung durch Ehrenamtliche seitens der Seelsorge nicht nur als Chance, sondern auch kritisch gesehen wird:

„Als Koordinatorin erlebe ich oft sehr kritische und Kompetenz hinterfragende Bemerkungen, die ich als Sorge und Zweifel der TheologInnen höre, dass Laien sich in Spiritual Care auf den Weg zu den Menschen machen ohne ein Hochschulstudium absolviert zu haben.“ (#176)

Es gibt durchaus Hinweise, dass die Einbindung von Seelsorge von Hospizdiensten als Chance und Pflicht zugleich gesehen wird:

„Ich sehe die konstruktive Klärung des Verhältnisses von Seelsorge und Spiritual Care als wesentliche Aufgabe der Zukunft. Der Erfolg von Spiritual Care birgt – bei allem grundsätzlichen Einverständnis mit dem Ansatz – auch die Gefahr, dass die Seelsorge wieder zunehmend in der konfessionellen Ecke gesehen und damit abgewertet oder wenigstens das Feld ihrer Möglichkeiten eingeschränkt wird.“ (#129)

Über die Einbindung von Seelsorge in die Praxis der Versorgung hinaus bedarf es aber zusätzlich einer Klärung der (ökumenischen) Einbindung von Seelsorgenden in die Schulungspraxis von Spiritual Care [Hagen et al. 2011].

Auffallend wenige Hospizdienste haben jeglichen Bezug zur Seelsorge verneint. Wenngleich die Begründungen sehr unterschiedlich sind, deutet dies darauf hin, dass die Zusammenarbeit mit Seelsorge in der Hospizarbeit grundsätzlich nicht infrage gestellt wird. Gesichert wird diese These durch den beachtlichen Teil derer, die eine Person mit seelsorglichem Hintergrund in den Hospizdienst in welcher Rolle auch immer eingebunden haben, wie auch durch den Teil derer, die verbindliche Kooperationen geschlossen haben. Primär geht es deshalb in der Zusammenarbeit mit Seelsorge nicht um die Frage, *ob* Seelsorge eine Rolle spielt, sondern *wie* diese organisatorisch und inhaltlich gestaltet wird.

Aus den Daten ist eindeutig ersichtlich, welcher Teil der Antworten konfessionell gebundenen Trägern zuzuordnen ist. Im Verhältnis zur Gesamtheit der Teilnehmenden weisen konfessionell gebundene Träger eine stärkere Zusammenarbeit mit Seelsorge auf. Ob die Trägerschaft ausschlaggebend ist für die Wertigkeit der Zusammenarbeit mit Seelsorge, ist nicht nachweisbar.

6.2. Stufe II: Schulungsziele und -inhalte zur Entwicklung eines Spiritual-Care-Schulungskonzepts

Das Fokusgruppeninterview verdeutlichte, dass von ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleitern ein durchaus beachtlicher Grad an Kompetenz erwartet wird. Kompetenz meint dabei „a cluster of related knowledge, skills and attitudes that affects a major part of one’s job (a role or responsibility), that correlates with performance on the job, that can be measured against well-accepted standards, and that can be improved via training and development” [Parry 1996, S. 50].

Während die Spiritual-Care-Kompetenzen für Mitarbeitende des Gesundheitswesens in Leitlinien fassbar sind [Gamondi et al. 2013b], sind die Aufgaben von Hospizbegleitenden weniger deutlich. Verschiedene Aufsätze bezüglich ihrer Rolle in Spiritual Care betonen zwar die Relevanz, lassen aber die nötigen Details vermissen und variieren in der Praxis innerhalb der einzelnen Einrichtungen und Regionen.

6.2.1. Demographische Daten der Interviewteilnehmer

Die Teilnehmenden waren relativ ähnlichen Alters und verfügen über eine unterschiedliche konfessionelle Basis: evangelisch, katholisch und buddhistisch. Sie vertraten Einrichtungen unterschiedlicher Trägerstrukturen hinsichtlich Rechtsform und Konfessionalität.

Die Teilnehmenden vertraten auch äußerst unterschiedliche berufliche Basisqualifikationen: Psychologie, Theologie, Sozialpädagogik und Pflege. Damit waren die häufigsten Berufsfelder dieses Arbeitsfeldes in ambulanten Hospizdiensten vertreten. Verschiedene Blickwinkel auf das Feld der spirituellen Begleitung durch ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter waren damit gesichert. Dass diese verschiedenen Professionen eine hohe Einigkeit ausdrückten im Bezug auf die Schulungsanforderungen, gibt den Ergebnissen eine hohe Relevanz. Die Einigkeit ist darauf zurückzuführen, dass sie alle Erfahrung in der Arbeit mit Ehrenamtlichen haben.

Entscheidend für die Bedeutung der Ergebnisse ist also, dass die Teilnehmenden zwei Perspektiven einbringen, die für die Einschätzung der Forschungsfrage grundlegend sind: Sie haben

- Kursverantwortung in der Schulung Ehrenamtlicher und damit Schulungserfahrung

und gleichzeitig

- Leitungsverantwortung mit ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleitern und damit Erfahrung mit dem praktischen Arbeitsfeld.

Teilnehmende, welche das Schulungs- und Praxisfeld ehrenamtlicher Hospizarbeit gleichermaßen kennen, sind auskunftsfähig über die Erfordernisse in der Schulung zum Thema Spiritualität und Spiritual Care. Sie verfügen über Kenntnisse darüber, was die Begleitungspraxis den Ehrenamtlichen abverlangt und sie haben Einblicke in die Möglichkeiten, diese Anforderungen im Schulungskontext thematisch und methodisch aufzugreifen. Dies ermöglichte eine äußerst ergiebige und eindeutige Auswertung des Interviews hinsichtlich Unterrichtszielen und -themen.

6.2.2. Bestimmung von Unterrichtszielen

Das Fokusgruppeninterview ließ erkennen, dass eine fundierte Beschreibung von Unterrichtszielen erforderlich ist, um ein Curriculum zu entwickeln, das die ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter angemessen auf ihre Begleitungsaufgaben vorbereitet. Wenn die Unterrichtsziele klar sind, lassen sich die Unterrichtsthemen zuordnen, ausarbeiten und in die Schulung integrieren. Die Schulung muss sicherstellen, dass Ehrenamtliche gleichermaßen proaktiv und zurückhaltend sind, wenn spirituelle bzw. religiöse Aspekte in der Begleitung auftauchen. Von Ehrenamtlichen wird erwartet, dass sie mit Blick auf spirituelle Bedürfnisse von Schwerkranken, Sterbenden und Zugehörigen implizit und explizit geäußerte Aspekte erkennen sollen.

„[...] mir geht es darum oder das ist mir wichtig in der Ausbildung, dass der Blick dahin wirklich geweitet wird und die Hospizhelfer, Hospizhelferinnen befähigt werden, wenn diese Themen kommen, sie auch als spirituelle Themen zu erkennen [...].“ (Z 122-126)

Sie sollen auftauchende Fragen und Themen in wohltuender Weise begleiten [Puchalski 2010]. Wie professionelle Mitarbeitende im Versorgungssystem sollen sie erkennen, wenn die Einbindung von Seelsorge sinnvoll und erwünscht ist. Damit soll sichergestellt sein, dass Bedürfnisse und Nöte Betroffener nicht

übersehen bzw. ignoriert werden und bestmöglichst auf welche Weise auch immer aufgegriffen werden, sofern dies im Sinne eines Betroffenen ist.

Die Beschreibung der Ziele, die eine Schulung von Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleitern in Spiritualität und spiritueller Begleitung grundsätzlich anstreben soll, verhindert, dass ein Schulungskonzept das ehrenamtliche Arbeitsfeld verfehlt. Weil sich die Ziele den Kategorien Wissen, Fertigkeiten und Haltung zuordnen lassen, ist ein umfassender Ansatz gewährleistet, der bereits in Stufe I eingefordert wurde. Indem das Curriculum im nächsten Forschungsschritt (Stufe III) einem Testlauf unterzogen wird und die Teilnehmenden auch gebeten sein werden, für jedes einzelne Unterrichtsthema des Curriculums die Unterrichtsziele aus ihrer subjektiven fachlichen Einschätzung frei zu formulieren, lässt sich überprüfen, ob die Teilnehmenden des Testlaufs die im Interview erhobenen Ziele in der Grundausrichtung bestätigen. Die Ausarbeitung des Curriculums lässt sich so an jeder Stelle auf die im Interview formulierten Ziele hin hinterfragen und zurückbinden bzw. korrigieren. Dies trifft insbesondere auf den Aspekt der Offenheit zu, den ein Curriculum erfüllen muss. Dies im weiteren Verlauf als Grundeigenschaft eines Curriculums zu betonen, wird zu beachten bleiben angesichts der Assoziation, ein Curriculum würde mit einer inhaltlichen und begrifflichen Engführung einhergehen.

„Ganz spontan, das Wort, was mir kommt, ist Toleranz, großer Respekt und Achtsamkeit vor jeglicher Meinung und eine ganz große Sensibilität, wo ich meine eigene Weltanschauung, Prägung, vielleicht sogar überstülpe oder die mich hindert auf den anderen vorbehaltlos einzugehen. Und von daher denke ich, bin ich auch insgesamt zu diesem Ziel, einen Entwurf für ein Curriculum zu entwerfen, sehr skeptisch.“ (Z 46-51)

Die Unterrichtsziele, die im Gesamten durch eine Schulung erreicht werden sollten, sind nicht näher differenziert und laufen Gefahr, nicht oder zu wenig hinterfragt zu werden. Vielmehr sollten sie als Leitlinie dienen und eine Chance sein, die eigenen Beweggründe, ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter in Spiritualität und spiritueller Begleitung zu schulen, zu hinterfragen. Dies wird unverzichtbar sein angesichts dessen, dass Spiritual Care eine Angelegenheit aller ehren-, aber auch hauptamtlichen Berufsgruppen [Büssing et al. 2010] ist und deshalb die Schulungstiefe und damit der anzustrebende Grad an Kompetenz unterschiedlich ausfallen muss abhängig von „levels of competency that should be achieved by staff and volunteers working in all areas of care, through those with increasing depth of contact with patients and their

families/carers, to those whose primary responsibility is for spiritual care, normally chaplains“ [Marie Curie Cancer Care 2003, S. 2].

6.2.3. Schulungsthemen und Kompetenzen in Spiritual Care bei Hospizbegleitern

Die qualitative Auswertung des Interview-Transkriptes hinsichtlich der Unterrichtsthemen bildet die inhaltliche Basis des Curriculums. Ihre Zuordnung zu Wissen, Fertigkeiten und Haltung ergibt eine erste Orientierung im thematischen Aufbau. Es hat den Charakter einer Orientierung gebenden Rahmens, um unter Einhaltung der Offenheit einen Weg für die Schulung zu finden.

„Denn ich habe dann hinterher als Koordinatorin oder Koordinator die Aufgabe, diese Menschen [die ehrenamtlichen Hospizbegleiter, Anm. d. Verf.] in Familien einzusetzen, damit beide oder alle davon profitieren und das ist natürlich die Frage, was möchte ich während eines Unterrichts, oder der Lehreinheit oder Schulungseinheit zum Thema Spiritualität überhaupt rüberbringen. Also, wie verknüpfe ich das und da denke ich schon, wäre es sinnvoll zumindest ein Rahmencurriculum zu haben, um das Thema in irgendeiner Form abzuarbeiten [...].“ (Z 79-85)

„Weil der Anspruch, den wir gerade an diese Ausbildung stellen, das merke ich immer, wird immer höher und noch ein Curriculum und Hilfestellung, ist alles gut. Aber das ist jetzt nur in Anführungsstrichen der spirituelle Teil, der ja in viele Bereiche reingeht, aber es sind ja noch ganz viele andere Aspekte wichtig, die die Menschen hören wollen und gesagt haben wollen. Und das Grundprinzip ist zu lernen, es gibt keine Rezepte. Aber den Anstoß muss man trotzdem finden.“ (Z 886-892)

Ausgearbeitete Unterrichtsthemen in Form eines Curriculums bilden eine Basis, den Einstieg in den Unterricht von Spiritual Care zu finden. Die Schulung im Feld von Spiritual Care muss aber so individuell sein wie Spiritualität selbst. Dies schließt mit ein zu überdenken, welche oder welche anderen Themen im Kontext von Spiritualität für den jeweiligen Hospizdienst relevant sind. Verschiedene Publikationen dazu zeigen die unterschiedlichen Möglichkeiten, thematische Schwerpunkte zu setzen [Marr et al. 2007; Puchalski und Larson 1998]. Die Schulung der Themen im Curriculum ist daher ein Anfang, eine Engführung auf diese wäre aber ein Verlust.

Spiritual Care zu schulen heißt, Fertigkeiten zu entwickeln wie präsent sein, aktiv und wertschätzend zuhören, drängende Probleme erkennen, die Anliegen der Patienten akzeptieren und respektieren und darauf reagieren, indem Wissen über Spiritualität und Spiritual Care am Lebensende eingebracht wird. Dies gelingt, wenn die Haltung der Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter reflektiert und gefestigt ist, wenn die spirituellen Begleitungsmöglichkeiten für Sterbende diskutiert und Interaktion geübt wurden [Gratz et al. 2015a].

6.2.3.1. Wissen

a) Begriff Spiritualität und Arbeitsdefinition

Allem voran werden Spiritualität und Religiosität als grundsätzlich individuelle Konzepte beschrieben. Dies ist im Schulungskontext zu bedenken. Eine konkrete Definition von Spiritualität zu verwenden [Puchalski et al. 2009] ist sinnvoll als Zugang, um darauf basierend die inhaltlichen Aspekte von Spiritualität heraus zu arbeiten. Die Arbeit mit einer Definition von Spiritualität dient auch dem vertraut Werden mit spirituellen bzw. religiösen Begrifflichkeiten bzw. Vokabular. Es geht dabei darum, mit den Fragen nach dem Warum und Wozu des zeitlich begrenzten Lebens eine sprachliche Vertrautheit zu gewinnen. Die spirituelle Dimension im Kommunikationsalltag der Begleitung ebenso zu verinnerlichen wie Pflegende beispielsweise Fragen nach intimsten körperlichen Aspekten der Gesundheit verinnerlicht und anfängliche Hemmschwellen abgebaut haben, ist das Ziel. Der Umgang mit Definitionen, d.h. mit den darin verwendeten Begrifflichkeiten fördert die erforderlichen Fertigkeiten in der Gesprächssituation und vermindert die Gefahr der Überforderung mit dem Individuellen.

Dieser Zugang ist deshalb geeignet, sich dem individuellen Verständnis von Spiritualität und des Glaubenssystems der Schwerkranken, Sterbenden und Angehörigen zu nähern und darauf aufbauend Spiritualität als lebenslangen Entwicklungsprozess zu betrachten. Für den Fall, dass der ambulante Hospizdienst einen konfessionellen Hintergrund hat, ist auch dieser in den Schulungskontext mit einzubeziehen, um die Erwartungshaltung an Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter zu klären.

Ehrenamtlichen kann es eine Unterstützung in der Begleitungsarbeit sein, wenn über den Begriff der Spiritualität hinaus die Begrifflichkeiten Religion, Religiosität und Glaube in der Schulung differenziert und genauer erklärt werden.

b) Bedeutung der Religionen

Wissen über verschiedene Glaubenssysteme und Religionen, z.B. auch über Gottesbilder und Jenseitsvorstellungen sollten Teil der Schulung sein. Ziel ist es, eine Vorstellung von der Vielfalt an Glaubensvorstellungen und den Einflüssen durch Religionen zu vermitteln [McClain-Jacobson et al. 2004]. Ein Bewusstsein für verschiedene religiöse Überzeugungen erleichtern es zu erkennen, wenn spirituelle und religiöse Themen in einem Gespräch auftauchen [Steinberg 2011]. Das Bewusstsein für die Vielfalt der Religionen ist in der Schulung zwar zu schärfen, jedoch nicht im Sinne einer Vereinfachung spiritueller Begleitung, weil diese nicht an den Inhalten einer Glaubensrichtung orientiert ist, sondern an der individuellen Spiritualität bzw. Religiosität. Die Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft ist abnehmend und Aussagen darüber, welcher Glaubensgemeinschaft jemand formal angehört, sind nicht handlungsleitend. Multikulturelle Lebensformen erfordern einen personenzentrierten Ansatz, weshalb sich Begleitung ausschließlich nach dem Wissen über eine Konfession verbietet. Mehrere Aspekte sind dabei zu bedenken [Heller 2012, S. 292-299]:

Faktenwissen kann Verständnis verhindern	Wissensvermittlung darf nicht dazu führen, dass Ehrenamtliche dieses Wissen in der konkreten Situation unreflektiert abrufen. Es soll vielmehr dabei unterstützen, den individuellen Vorstellungen, Emotionen und Ausdrucksformen einen Rahmen zu geben und sprachfähiger zu sein.
Individuen sind nie nur Spiegelbilder der Kultur	Religionen und Kulturen erfahren durch jeden einzelnen Menschen eine Deutung. Diese ist ein dynamischer Prozess und fordert in der Begleitung dazu heraus, hinzuhören und nachzufragen.
Maßstab ist ein individueller Mensch	Wissen über Religionen und Kulturen ersetzt nie den Blick auf den einzelnen Menschen. Sich diesen zu bewahren ist wichtig und entlastend.
Geschlechterunterschiede spielen eine Rolle	In der Geschichte sind und waren Frauen diejenigen, die vermehrt mit der Fürsorge und Pflege Sterbender und der Versorgung Toter betraut sind. Der hohe Frauenanteil im hospizlichen Ehrenamt und in sozialen Berufen macht dies deutlich. Unterschiede im Umgang können sichtbar sein und wollen in der Begleitung verstanden werden.

Basiswissen dient nur als Ausgangspunkt	Religiös-kulturelle Traditionen zu kennen ist hilfreich. Diese Kenntnis bildet aber nur die Basis für weitere Auseinandersetzungen, die entwicklungsfähig sein und verschiedene Perspektiven auf Sterben und Tod einschließen muss. In Bezug auf Begleitende werden eigene Überzeugungen überprüft und gegenüber den Begleiteten wird eine kultursensible Offenheit vertieft.
Offenen Verständnishorizont entwickeln	Diese Fähigkeit sichert die Wahrnehmung eines jeden einzelnen Menschen mit seiner Lebensgeschichte und seinen persönlichen Inhalten von Spiritualität und Religiosität, mit seiner persönlichen Deutung dessen, was die einzelnen Teile seines „Patchworks“, seiner persönlichen Zusammenstellung der inhaltlichen Akzente von Spiritualität bedeuten und warum sie wichtig sind. Dieser Verständnishorizont lässt offen, ob die persönliche Vorstellung von Spiritualität und Religiosität eine institutionelle Anbindung hat oder nicht.
Einheit suchen und Vielfalt zulassen	Einheit hat etwas damit zu tun, Trennung zu überwinden, Ganzheit herzustellen. Spirituelle bzw. religiöse Individualisierung fordert dazu heraus, mit Vielfalt, aber auch mit Widersprüchlichkeiten umzugehen. Dieses Spannungsfeld muss für Hospizbegleiter handhabbar werden.

Tabelle 21: Konsequenzen multikultureller Lebensformen für die Begleitung

Der Schwerpunkt der Schulung Ehrenamtlicher liegt also nicht in einer umfassenden Wissensvermittlung bezüglich Religionen und Kulturen. Vielmehr muss es darum gehen, die Vielfalt aufzuzeigen und ein gewisses Maß an Offenheit und Akzeptanz gegenüber anderen, unter Umständen auch ungewohnten oder widersprüchlichen Ansichten zu vertiefen. Individualisierung führt zu einzigartigen Vorstellungen und Glaubensansichten eines Menschen, die viele, aus der Außenperspektive sogar widersprüchliche Aspekte beinhalten können und in dieser unvergleichlichen Zusammensetzung für diesen einen Menschen einen Sinn ergeben.

c) Spirituelle Bedürfnisse und Ressourcen

Ebenso wie für Mitarbeitende im Gesundheitswesen ist es auch für ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter eine Herausforderung, das weite Feld spiritueller Bedürfnisse und Ressourcen [Büssing et al. 2013; Epstein-Peterson et al. 2015; Hampton et al. 2007] zu überblicken. Deshalb sollten sie in das theoretische Wissen über spirituelle Bedürfnisse am Lebensende [Büssing et al. 2007; Vallurupalli et al. 2012] eingeführt werden ebenso wie in spirituelle Belastungen, z.B. Leiden. Schwierige Gesprächssituationen [Planalp und Trost 2008] können in einer Schulung aufgegriffen werden. Diese Herausforderungen verlangen eine fundierte Schulung, um Bedürfnissen nachzugehen, offen zu bleiben für individuelle Vorstellungen und Bedürfnisse, die Hospizbegleiter sonst nicht für denkbar und möglich halten.

Als wesentliche Bedürfniskategorien konnten identifiziert werden [Büssing und Frick 2015, S. 5]:

Verbundenheit	Liebe, Zugehörigkeit, Partner-Kommunikation, Entfremdung, etc.
Friede	innerer Friede, Hoffnung, Ausgeglichenheit, Vergebung, Dysstress, etc.
Sinn / Bedeutung	Lebenssinn, Selbstverwirklichung, etc.
Transzendenz	Spirituelle Ressourcen, Beziehung zu Gott / dem Heiligen, Beten, etc.

Tabelle 22: Spirituelle Bedürfnisse

Es erleichtert die ehrenamtliche Begleitungsarbeit, wenn im Schulungskontext in die verschiedenen Dimensionen spiritueller Bedürfnisse eingeführt wird. Das Ziel ist nicht, einen professionellen Umgang mit allen Aspekten zu erwerben. Das Ziel ist vielmehr, eine Wahrnehmung zu entwickeln und in der einzelnen Situation einen Gesprächs- oder Handlungsansatz zu finden. Dazu gehört aber auch, eigene Grenzen wahr- und anzunehmen. Wahrnehmung wird dadurch erschwert, dass Bedürfnisse sehr unterschiedlich geäußert werden. Der Umgang damit ist anspruchsvoll, weil das, was in der konkreten Situation als hilfreich empfunden wird, individuell ist. Beides, Wahrnehmung und Umgang mit spirituellen Bedürfnissen, aber auch der Umgang mit eigenen Grenzen in der Begleitungssituation ist lehr- und lernbar.

6.2.3.2. Fertigkeiten

a) Art und Kunst der Begegnung

Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter zu befähigen, in sinnstiftender Weise Menschen zu begleiten, ist nicht in wenigen Unterrichtsstunden erlernbar. Vielmehr ist von einem Prozess über lange Zeit auszugehen, der Übung und Reflexion erfordert. Kommunikation über spirituelle Bedürfnisse ist eine Kompetenz, die verschiedentlich mit Leben gefüllt werden kann. Die Erwartung an Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter ist nicht, dass sie eine spirituelle Anamnese, eine Untersuchung oder Begutachtung durchführen können wie es Seelsorgern in einem Palliativteam eigen ist. Sie sollen primär spirituelle Themen, Belastungen und Leiden als solche erkennen wie auch Ressourcen und Stärken. Dies fordert dazu heraus, auf Aussagen und Hinweise von Schwerkranken und Sterbenden zu reagieren [Puchalski 2010]. Auf diesem Hintergrund ist es unerlässlich, Fähigkeiten des Zuhörens und der Kommunikation [Wittenberg-Lyles et al. 2010; Worthington 2008], die Kunst der Präsenz und einen Sinn für Nähe-Distanz zu üben.

Dabei spielen verbale und nonverbale Kommunikationsanteile eine gleichbedeutende Rolle und müssen erlernt werden. Verbale Kommunikation wie vertiefendes Nachfragen, Paraphrasieren und Aktiv Zuhören [Engelke 2012; Schulz von Thun 1981; Watzlawik et al. 2011] erfordern einen langfristigen Übungs- und Reflexionsprozess ebenso wie nonverbale Kommunikationsformen über Körpersprache, Sinneswahrnehmungen, Berührung [Otterstedt 2005; Sollmann 2013; Weingardt 2012]. Innerhalb dieses Lernprozesses werden die Fähigkeiten der Präsenz und der Nähe-Distanz-Findung herausgebildet.

Die Art und Kunst der Begegnung kann zu einer Art Schlüsselqualifikation für spirituelle Begleitung werden: Eine ungeschulte und unreflektierte Herangehensweise kann dazu führen, dass in der Begegnung nur ein oberflächlicher Kontakt entsteht bzw. der Raum dafür nicht eröffnet wird, einer Verbalisierung existenzieller Themen den Weg zu ebnen. Deshalb müssen Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter kommunikativ geschult sein, denn es konnte nachgewiesen werden, dass es „Krebspatienten in der Regel sehr schwer gefallen ist, über beinahe schon tabuisierte Themen wie Glaubensüberzeugungen und Hoffnungen zu sprechen, aber dass die Gespräche, wenn das Vertrauen einmal aufgebaut war, eine befreiende Qualität hatten“ [Büssing et al. 2006, S. 82]. Kommunikative Fähigkeiten sind ein wesentlicher Faktor. Ein anderer ist die Fähigkeit, einen vertrauten Rahmen, eine geschützte Atmosphäre für das Unaussprechliche zu

schaffen. „Kranken Menschen sollte ein ‚Resonanzraum‘ eröffnet werden, in dem sie die Freiheit erfahren, auch die spirituellen und religiösen ‚Melodien‘ in der Auseinandersetzung mit der Krankheit anklingen zu lassen“ [Ladenhauf und Unterrainer 2007, S. 27]. Dies erfordert nicht nur Ruhe, Geduld und gegebenenfalls Zeit. Durch Präsenz und Gespräch das Schwere zu erleichtern, Sprachlosigkeit überwinden zu helfen und der spirituellen Dimension zum Ausdruck zu verhelfen sind Fähigkeiten, die eine Begegnung, das sich Einlassen auf einen anderen Menschen in seiner (unlösbaren) Not zur Kunst werden lassen. Es ist zu erwarten, dass eine Schulungsmaßnahme diese Fähigkeit verbessern wird. Die Wirksamkeit von Schulungsmaßnahmen hinsichtlich Verbesserung der Sprachfähigkeit [Hench et al. 2015; Udo et al. 2014] und gehäufte spiritueller bzw. religiöser Begleitungsmaßnahmen durch Mitarbeitende im Gesundheitswesen konnte bereits nachgewiesen werden [Zollfrank et al. 2015].

b) Einbindung von Seelsorge

Gemeindeseelsorgende oder andere Seelsorgende am Lebensende einzubinden ist durchaus unüblich geworden. Dies ist selbst dann der Fall, wenn Betroffene sich selbst als religiös bezeichnen. Häufig geht mit dem Begriff Seelsorger die Assoziation einher, dass über die letzten Lebenstage gesprochen wird. Das, was Seelsorgende einem schwer Erkrankten allerdings bieten können, ist keinesfalls auf die letzten Lebenstage beschränkt. Es gehört zu den Aufgaben der ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter, die (fachlichen und regionalen) Angebote und Möglichkeiten der Seelsorger zu kennen und sie einzubinden, wenn Betroffene entsprechende Bedürfnisse äußern [Winter-Pfändler und Flannelly 2013]. Ausführungen zur Abgrenzung von Alltagsseelsorge zu Seelsorge, die Verkündigung, Therapie, Diakonie mit einschließt sowie eine vertiefte Differenzierung von Alltagsseelsorge [Hauschildt 1996] verdient einen separaten Rahmen. Von Ehrenamtlichen wird erwartet, dass sie ein Gespür dafür haben, dass Spiritualität und Religiosität durchaus eine Rolle spielen, selbst wenn jemand von sich sagt, nicht spirituell oder religiös zu sein [Koenig und Trittler]. Nicht selten glauben Menschen an etwas anderes als das, was eine Religion durch ihre Lehre vermittelt.

Es gibt nicht wenige Gemeindeseelsorgende, die noch nie Kontakt mit einem Palliativpatienten hatten. Kommunikationsdefizite, Missverständnisse und Vermeidungstendenzen sind Gründe dafür [Buser et al. 2008]. Ehrenamtliche müssen sprachlich vertraut damit werden, Seelsorge einzubinden [Wright 2001]. Dies

gewinnt umso mehr an Bedeutung, je mehr spirituelle Bedürfnisse am Lebensende von einer Kirchengemeinde nicht abgedeckt sind [Balboni et al. 2007].

c) Rituale und Kreativität

Zu den Kommunikationskompetenzen gehören Gespräche mit Patienten über Aspekte des Lebensendes [Planalp et al. 2011]. Darunter fallen auch Schweigen, Stille und Passivität [Begemann und Seidel 2015], wenn Worte nicht angemessenen sind, das Leiden situativ unlösbar erscheint. Es gewinnt non-verbale Kommunikation ebenso an Bedeutung wie das Zulassen und Aushalten von Schweigen [Worthington 2008]. Wenn Worte und Schweigen, verbale und nonverbale Kommunikation nicht helfen, Leiden zu lindern, vermag die Gestaltung eines Rituals eine Entlastung zu sein, um Gefühle und Gedanken auszudrücken und zu ordnen [Romanoff und Thompson 2006]. Religionsgemeinschaften verfügen in der Regel über eine Fülle an rituellen Handlungen, die Menschen an Übergängen des Lebens oder in Krisensituationen Hilfe und Orientierung geben. Mit der abnehmenden Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft verschwindet auch zusehends die Vertrautheit mit überlieferten Ritualen. Die Symbolisierung und die persönliche Sinnstiftung gehen damit verloren. Wenn in der Situation schwerer Erkrankung oder des Sterbens die Sprache an Grenzen kommt und die symbolische Sprache an Bedeutung gewinnt, um Linderung zu verschaffen, sind neue, kreative Ansätze erforderlich, um Symbole mit der Biographie des Menschen in eine Beziehung zu setzen. Ein überliefertes Ritual, das den Betroffenen fremd ist und damit die persönliche Anknüpfung nicht erreicht, wird seinen lindernden, palliativen Effekt verfehlen. „Man mag bedauern, dass es kaum noch eine kulturell geteilte rituelle Praxis gibt“ [Alsheimer 2012, S. 230]. Deshalb sollten Hospizbegleiter über grundlegende Informationen über Rituale und deren Gestaltung (Abläufe, Wirkweisen, Hintergründe) verfügen. Darüber hinaus ist es sinnvoll zu vermitteln, dass und wie mit Symbolen reflektiert umzugehen ist und was Kreativität im Bezug auf die Bedürfnisse von Patienten bedeuten kann.

6.2.3.3. Haltung

a) Reflexion der eigenen Spiritualität

Wenn Ehrenamtliche mit spirituellen Sorgen eines Schwerkranken oder Sterbenden konfrontiert sind, werden eigene spirituelle Bedürfnisse, Ressourcen, Vorstellungen berührt. Diese Konfrontation lenkt den Blick der Ehrenamtlichen darauf, welche spirituellen bzw. religiösen Richtungen sie selbst befürworten oder ablehnen. Um die eigene Meinung nicht in die Begegnung hinein zu tragen [Sévigny et al. 2010], ist eine im Schulungskontext verortete Selbstreflexion von Bedeutung. Es geht darum, in der Beziehung zum anderen zu kommunizieren und sich mit der eigenen Spiritualität auseinander zu setzen. Das Ziel dabei ist, unreflektierte Gedanken und Äußerungen darüber, was für den Betroffenen gut sein könnte, zu verhindern. Langfristig finden Reflexionen dieser Art beispielsweise in Supervision [Müller 2005] statt.

Begleitung durch ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter bedeutet – im Gegensatz zur Begleitung durch Freunde und Familie – nicht nur zu erfassen, was in der Begegnung zentral ist und diese Begegnung im Sinne der Begleiteten zu gestalten. Darüber hinaus erfordert Begleitung durch geschulte Kräfte ein Verständnis dessen, wie sich die Beziehungsdynamik zwischen beiden entwickelt, d.h. wie sich Beziehungsgefühle und Rollenzuweisungen entfalten. In der unmittelbaren Begegnung ist die Verwicklung in Übertragung und Gegenübertragung unausweichlich. Dies ist nicht negativ und erfordert im positiven Sinne Reflexion, um unbewusstes Agieren zu verhindern. Im Schulungskontext sind deshalb die Vermittlung der Bedeutung von Nähe und Distanz, das Verstehen der Dynamik sowie Interventionsmöglichkeiten relevant. Ziel ist dabei, die Chancen und Gefahren von Nähe und Distanz bewusst im Blick zu behalten und reflektiert darüber nachzudenken, d.h. dass „das bewusste Erkennen von Übertragung und Gegenübertragung in einer professionellen Beziehungsarbeit unumgänglich“ ist [Haas 2014, S. 33]. Um fehlende Abgrenzung zu verhindern, sind reflexive Kompetenz und Authentizität [Haas 2014, S. 51] entscheidende Komponenten. Auf diese Weise wird transparent, welche eigenen persönlichen Anteile in ein Beziehungs- bzw. Begleitungsgeschehen eingebracht werden. Ein kritischer Blick auf diese Anteile bzw. die Bereitschaft und Fähigkeit, diese Anteile wahrzunehmen, ermöglichen einen kontrollierten, patientenorientierten Umgang in der Interaktion.

Von Ehrenamtlichen wird also erwartet, dass sie offen und mutig ihr eigenes Leben einschließlich der spirituellen Dimension bedenken. Zusätzlich wird erwartet, dass sie einen genaueren Blick darauf wagen, wie ihre Erfahrungen und ihre Persönlichkeit in die Begegnung mit den kranken Menschen und ihren Zugehörigen hineinwirkt. Schulung wirkt sich so auf die eigene Einstellung und Haltung aus. Ehrenamtlichen wird abverlangt, ihre eigene Haltung immer wieder zu hinterfragen, wenn ihr Handeln nicht an den Bedürfnissen und Prioritäten der Betroffenen orientiert ist. Diese Aspekte verdeutlichen, wie elementar eine durchdachte Schulung und weiterführende Unterstützung für Ehrenamtliche sind [Lavenburg und Bernt 2012].

b) Haltung in der Begleitung

Eine große Entlastung können Ehrenamtliche den lebensbedrohlich Erkrankten und ihren Zugehörigen sein, wenn sie zunächst alle geäußerten Wünsche und Bedürfnisse als solche annehmen und respektieren. Was einfach klingt, fällt nicht notwendig leicht. „Die Begleiter und Begleiterinnen schenken den persönlichen Wegen und der je eigenen spirituellen bzw. religiösen Suche würdigende Aufmerksamkeit, nehmen den Menschen mit seinem oft diffusen spirituellen Hintergrund, mit seiner oft gebrochenen Lebensgeschichte radikal ernst. Sie leisten Übersetzungsarbeit für diese persönlichen Formen, für die es noch keine Grammatik gibt“ [Habersetzer und Schwenk 2012, S. 211]. Diese Übersetzungsarbeit wie auch das Aushalten in einer Situation, die nicht unmittelbar eine Lösung oder Antwort bietet, ist eine Leistung, die Vorbereitung erfordert trotz fehlender Grammatik. Angehörige, Freunde, Nachbarn sind nicht selten damit überfordert, Situationen ohne eine konkrete Lösung bzw. ohne einen ersichtlichen Handlungsansatz über längere Zeit, soz. passiv zu ertragen. Dabei sind „Dasein und Aushalten“ keineswegs passive Verhaltensweisen. „Dasein“ impliziert nicht eine physische Präsenz ohne jegliche innere Beteiligung. „Aushalten“ ist nicht identisch mit einer aktionsarmen Präsenz im Raum. In Supervision oder Praxisbegleitung berichten Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter von ihren Einsätzen, sie wären nur „da gewesen“, hätten „nichts getan“. „Ob die Begleitung so sinnvoll ist?“ wird kritisch, teils ratlos gefragt. Sie ist es, wenn „Dasein und Aushalten“ in ihrer Bedeutung und als Begleitungsauftrag, auch und gerade auf einer spirituellen Ebene, verstanden werden.

Wenn „Dasein und Aushalten“ einhergehen mit einer aktiven Präsenz, körperlich und geistig, mit aller Aufmerksamkeit, mit allen Sinnen, mit aller Offenheit und Akzeptanz dessen, was im Moment des „Daseins“ passiert oder nicht passiert, dann haben „Dasein und Aushalten“ eine unterstützende, unter Umständen heilsame Wirkung. Es zeigt den Begleiteten, dass Worte und Handlungen geschehen und unterlassen werden dürfen, wie es den Begleiteten hilfreich ist. Es wird erfahrbar, dass auch all jenes Bedeutung hat, was nicht unmittelbar wahrnehmbar, beschreibbar, lösbar ist. Aus zwei Perspektiven tritt Ausweglosigkeit in den Hintergrund: der Eindruck des Begleitenden, scheinbar nichts mehr tun zu können und das Gefühl der Betroffenen, sich so verhalten zu müssen, dass der Begleitende nicht überfordert wird und unter Umständen die Begleitung beendet. Im Gegensatz zur Leistungsgesellschaft sind besonders die scheinbar unproduktiven, nicht von Gespräch und Aktionismus geprägten Momente wertvoll und verleihen ihnen Tiefe. Die Fähigkeit, sie als solche zu erkennen, die Bereitschaft, ihnen Raum und Zeit zu geben und das Gespür für das, was den Moment zu einem lebenswerten Teil des von Krankheit eingeschränkten Lebens werden lässt, zeichnen diese unverzichtbare Haltung aus. Sich diese Haltung anzueignen, sie auch in ihrer spirituellen Dimension zu erkennen, diesen Situationen nicht auszuweichen und damit umzugehen, ist das, was dem zeitlich begrenzten, vom Sterben bedrohten Leben Leben gibt. Die Kunst wird es sein, ein Schulungsformat zu schaffen, das es ermöglicht, dieses Verständnis herzustellen, einen kompetenten Umgang damit zu entwickeln und die Wirkung dieser Haltung erfahrbar zu machen.

Es gibt eine Reihe an Belastungen im täglichen Leben der An- und Zugehörigen, die Ehrenamtliche lindern können [Claxton-Oldfield 2014; Wittenberg-Lyles et al. 2014; Angelo und Egan 2014]. Dazu gehören beispielsweise soziale und emotionale, aber auch spirituelle bzw. religiöse Unterstützung, Vorbereitung auf ein Leben ohne den kranken Menschen als unersetzlichen und eine konkrete Rolle innehabenden Teil der Familie, Vermittlerrolle zwischen Freunden und Familie. Ehrenamtliche sind gefordert, sich auf diese Situationen einzulassen, ohne einen Lösungsansatz bieten zu müssen [Strang et al. 2014].

Die Gründe, weshalb Ratschläge oder die eigene Meinung nicht vordergründig, teils hinderlich sind, sind vermittelbar. Dieses Wissen in eine gelebte Haltung überzuführen erfordert Übung. Denn die Fürsorge für einen Menschen basiert auf dem Wunsch der Verbesserung der Situation und ist aus dem Blickwinkel der Fürsorge von Rat- und Vorschlägen nicht zu trennen. Deshalb ist die Begleitung durch geschulte Ehrenamtliche, die aufgrund ihrer emotionalen und reflektierten

Distanz in der Lage sind, eine Situation anzunehmen und auszuhalten, eine Form der Begleitung, die für Patienten und Zugehörige gleichermaßen angenehm und entlastend, aber auch ungewohnt sein kann.

Ehrenamtliche Arbeit ist also weniger dadurch ambitioniert, konkrete Aufgaben korrekt umzusetzen und definierte Anforderungen zu erfüllen. Vielmehr steht im Vordergrund, die eigene Persönlichkeit in reflektierter Weise in die Begegnung hineinzutragen, weil ihre Persönlichkeit das einzige „Arbeitsinstrument“ ist, das sie einbringen. „Im Vergleich zu professionell geprägten Kontexten engagieren sich Ehrenamtliche stärker als Individuen mit eigenen Erfahrungen und biographischem Hintergrund in ihren Aufgaben. Ihre Lebenskompetenz ist sowohl Ressource als auch Werkzeug ihrer Arbeit und macht den spezifischen Wert ehrenamtlicher Arbeit aus“ [Deutsche Gesellschaft für Supervision 2011, S. 17]. Dies kennzeichnet den Unterschied zu professionellen Mitarbeitenden im Gesundheitswesen, weil von diesen erwartet wird, dass sie einen konkreten Arbeitsauftrag präzise ausführen, einer konkreten Stellenbeschreibung folgen und stets Handlungsoptionen verfügbar haben. Obwohl auch sie z.B. empathische und offene Persönlichkeiten haben, ist das Bewusstsein für die spirituelle Dimension weniger ausgeprägt, wenn keine Schulung dazu stattgefunden hat [Yilmaz und Gurler 2014].

Darüber hinaus gibt es andere charakteristische Eigenschaften, die einen Unterschied ergeben im Umgang mit Sterben und Tod und die helfen, Leiden zu lindern: im Vergleich zu ungeschulten Begleitern im allgemeinen leiden Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter weniger an Neurotizismus, persönlichen Notlagen und Phantasiebildern, sie sind extrovertierter, offener und bereiter, Dinge anzunehmen. Sie können leichter andere Perspektiven einnehmen und sind empathischer [Claxton-Oldfield und Banzen 2010].

6.3. Stufe III: Evaluierung des Spiritual-Care-Schulungskonzepts

6.3.1. Teilnehmerstruktur

Die Teilnehmergruppe war heterogen zusammengesetzt. Die Teilnehmenden weisen einen hohen Bezug zum Thema auf (indem sie selbst unterrichten oder das Thema Spiritualität durch andere Dozierende referieren lassen, aber Vorgaben zum Konzept machen, die meisten verfügen sogar über ein Konzept). Lediglich zwei Teilnehmende gaben an, weder selbst zu unterrichten noch ein Kurskonzept zu haben. Durch das Anmeldeverfahren könnte ein Bias vorliegen, da offensichtlich sehr viel mehr erfahrene Kursleiter und Dozenten in der Gruppe vertreten waren als Unerfahrene. Möglicherweise gibt aber die Zusammensetzung der Teilnehmenden einen Hinweis darauf, dass Spiritualität in der Qualifizierung Ehrenamtlicher bereits jetzt eine große Rolle spielt. Diese Vermutung wird bestätigt durch die Umfrage unter allen ambulanten Hospizdiensten in Deutschland (Stufe I).

6.3.2. Unterrichtsinhalte

Die Ausarbeitung der Unterrichtsinhalte nach den in Stufe II erhobenen Themen war im Wesentlichen zielorientiert und wird für den weiteren Verlauf nur wenig Änderung bedürfen. An dieser Stufe der Entwicklung liegt es in den Händen der künftigen Referierenden bzw. Anwender, den Vorschlägen zu folgen bzw. ihren eigenen inhaltlichen Prioritäten den Vorzug zu geben. Inhaltliche Ausarbeitungen im Curriculum können und sollen deshalb die Fachkompetenz des Lehrenden nicht ersetzen.

„Gute Erfahrungen – um zu sehen, was den Teilnehmern des Vorbereitungsseminars ‚zugemutet‘ wird. Die Kunst wird sein, die wichtigen Themen heraus zu suchen und auf abwechslungsreiche Art und Weise zu vermitteln.“ (#11)

Die Entscheidung über die zu lehrenden Unterrichtsinhalte muss einerseits daran anknüpfen, was die Praxis den Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleitern abverlangt. „The potential application of ritual activities [...] is broad indeed [...]. Obviously, the particular use of ritual activity needs to be determined in the context of the individual case and, when counselling the person with a diagnosis of a terminal illness, carried out only after appropriate assessments have been made“ [Johnson 2003, S. 238]. Andererseits bildet die fachliche Ausrichtung des

Referierenden ebenfalls die inhaltliche Grundlage der Schulung, weil jede Lehrkraft die Schulung auf der Basis seines beruflichen Erfahrungsfeldes und seines Verständnisses von Seelsorge und Spiritual Care durchführt. Absprachen sind deshalb unverzichtbar, beispielsweise wenn zum Thema Rituale ausgearbeitet werden soll, was dies für Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter (im Unterschied zu Seelsorgenden) beinhalten kann.

6.3.3. Unterrichtsumfang

Der zeitliche Umfang, der den einzelnen Themen eingeräumt wurde, sollte mit Blick auf die Schulung von Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleitern nicht festgelegt werden. Welche Themen welche Vertiefung hinsichtlich Wissen, Fertigkeiten und Haltung benötigen, sollten künftige Referenten individuell einschätzen. Erfahrungen in der Lehre von Themenfeldern, die mehr als Wissensvermittlung erfordern, werden diese Vertiefung ermöglichen.

„Für Hospizbegleiter ist der Austausch immer ganz wichtig – mehr Zeit. Und das Üben und Ausprobieren – mehr Zeit.“ (#8)

„Eventuell noch einen weiteren Tag, um nochmals manche Themen zu vertiefen.“ (#9)

Zeitliche Vorgaben mögen sinnvoll sein, um eine erste Orientierung für den Einstieg zu geben. Allerdings führen interaktive Methoden, die an die Erfahrungen der Teilnehmenden anknüpfen, zu einem individuellen Verlauf, der zeitliche Anpassungen erfordert. „It is interesting that, although the majority of volunteers reported feeling confident and prepared following their training, there was a significant positive correlation between the number of hours of training and the overall satisfaction with the training“ [Lavenburg und Bernt 2012, S. 359]. Eine zeitliche Intensivierung steht offensichtlich auch in Korrelation mit größerer Zufriedenheit mit der Schulung, was mit größerer Handlungssicherheit einhergehen kann.

6.3.4. Unterrichtsmethoden

Verbesserungspotenzial zeigte sich v.a. auf der methodischen Ebene. Die Angaben „zu viel Vortrag, zu detailliert, zu kognitiv, fehlender Praxisbezug“ ermög-

lichen Ansatzpunkte in den jeweiligen Themen sowie entsprechende methodische Veränderungen.

Die methodische Bandbreite wird eine Herausforderung sein, weil deren Kreativität keine Grenzen gesetzt sind. Jene Methoden, die im Curriculum beschrieben sein werden, können allenfalls einen die eigene Kreativität anregenden Charakter haben und müssen an den eigenen Zielen orientiert sein. Deren Beschreibung wird grundsätzlich nicht ausreichen, pädagogische Kompetenzen des Referierenden zu ersetzen.

Methodische Unterstützung durch z.B. Methodensammlungen trägt zwar dazu bei, dem Unterricht eine Vielfalt zu verleihen, weg von einer Fokussierung auf Vorträge. Allerdings sind Lehrerfahrung sowie kreatives Potenzial unverzichtbar, um verschiedene Methoden für die verschiedenen Unterrichtsinhalte mit der durch die Beteiligung der Teilnehmenden entstehenden Dynamik in Einklang zu bringen, zumal aus Patientenperspektive die Schulung der Haltung in Spiritual Care die Priorität hat: „Patients were clear that attitudes were the most important area for training. They felt able to establish who was willing to identify with them without falseness and who took an interest in them as a person“ [Yardley et al. 2009, S. 604]. Ein Blick in Publikationen über Schulung in Spiritual Care [Marr et al. 2007; Paal et al. 2014] gibt aber Orientierung.

Den maximalen Nachbesserungsbedarf in allen Bereichen Umfang, Inhalt und Methode erhielt das Thema 6 „Bewältigung von Leid“. Die von den Teilnehmenden vorgeschlagenen Unterrichtsziele geben allerdings ausreichend Hinweise für eine Neukonzipierung des Themas. Im Ranking aller Themen erreicht dieses Thema immerhin einen mittleren Platz (Platz 7; Abbildung 5, S. 89), wird also nicht als unwichtig erachtet.

6.3.5. Unterrichtsziele

Die Unterrichtsziele wurden insgesamt sehr detailliert beschrieben und umfassen in fast allen Themen Ziele bezüglich Wissen, Fähigkeiten und Haltung.

Die mittels thematischer Inhaltsanalyse (thematic content analysis, TCA) [Anderson 2007] generierten Unterrichtsziele ergänzen die im Vorfeld formulierten Unterrichtsziele (Curriculum Version 1) und werden in der Überarbeitung (Version 2) berücksichtigt. Folgende Unterrichtsziele wurden ergänzt und mit der vorhandenen Literatur abgeglichen:

Thema	Unterrichtsziele:
Thema 1:	<ul style="list-style-type: none"> - TN bringen Spiritualität in Verbindung mit der Lebens- und Krankheitssituation des Menschen [Büssing und Koenig 2010] - TN anerkennen das Spiritualitätsverständnis des Trägers
Thema 2:	<ul style="list-style-type: none"> - TN können im Gesprächsverlauf Ressourcen aus der Vergangenheit für die Zukunft erschließen helfen [Weiher 2009b]
Thema 3:	<ul style="list-style-type: none"> - TN können im Kontakt mit Sterbenden und Angehörigen erkennen, wenn ihre eigenen Krisenerfahrungen berührt werden [Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz 2005]
Thema 4:	<ul style="list-style-type: none"> - TN anerkennen veränderte und andere Vorstellungen von Lebenssinn [Fegg et al. 2008]
Thema 5:	<ul style="list-style-type: none"> - TN kennen kulturspezifische Aspekte, deren Vielfalt, Probleme und Grenzen [Heller 2012, S. 283-290] - TN sind respektvoll gegenüber Menschen, deren Vorstellungen den eigenen widersprechen
Thema 6:	<ul style="list-style-type: none"> - TN wissen, dass sich unterschiedliche Gottesvorstellungen unterschiedlich auf den Umgang mit Krankheit und Leid auswirken [Klein und Albani 2011] - TN reflektieren ihre eigene Gottesvorstellung
Thema 7:	<ul style="list-style-type: none"> - TN betrachten Spiritual Care als ihre Aufgabe [Owen-Still 1985]
Thema 8:	<ul style="list-style-type: none"> - TN erkennen Anknüpfungspunkte in der konkreten Situation [Roser und Gratz 2014]
Thema 9:	<ul style="list-style-type: none"> - TN sind bereit, sich unlösbaren Situationen auszusetzen und Grenzen anzunehmen [Kränzle 2014]
Thema 10:	<ul style="list-style-type: none"> - TN sind anderen spirituellen Begleitern gegenüber offen [Hilpert 2011]
Thema 11:	<ul style="list-style-type: none"> - TN sind einer kreativen Gestaltung gegenüber offen [Alsheimer 2012]

Tabelle 23: Wichtige Unterrichtsziele ergänzend zu den elf Themen in Tabelle 19

Die Ausführlichkeit der Ziele je Thema wird es den ambulanten Hospizdiensten künftig ermöglichen, sich vertieft mit spiritueller Begleitung durch Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter im Kontext von Schulung und Praxis auseinander zu setzen. Diese Ausführlichkeit bildet auch eine aufschlussreiche Grundlage in zweierlei Hinsicht. Erstens wird deutlich, dass es Hospizdienste gibt, die ihre Schwierigkeiten damit haben zu formulieren, was es grundsätzlich in einem Unterricht zu Spiritual Care inhaltlich zu unterrichten gibt. Die Beschreibung der Ziele im Curriculum gibt dafür eine Orientierung.

„Zu allen Themen: mir wird deutlich, dass es (zum jetzigen Zeitpunkt) keine klar zu formulierenden Ziele gibt, sondern vor allem in allen Bereichen das Wichtigste vermitteln ist: alles ist individuell [...]“ (#15)

Zweitens ist die Möglichkeit eröffnet, den eigenen Schulungsansatz konkret(er) zu entwickeln und / oder einen klar(er)en Auftrag an eine Lehrkraft zu formulieren, um Hospizbegleiter gezielter auf ihre Aufgaben in Spiritual Care vorzubereiten.

„Hospizbegleiter entdeckt ‚Seelsorger‘ in sich und kann mit diesem Potential arbeiten“ (#21)

Die Zielbeschreibungen der Teilnehmenden in dieser Forschungsstufe liegen in einer Ausführlichkeit vor, dass die Versuchung naheliegen mag, die Schulung mit wenig eigenen Überarbeitungen bzw. Ergänzungen durchzuführen. Es darf aber keinesfalls außer Acht gelassen werden, dass die beschriebenen Zielebenen keine Zielerreichungsgrade beinhalten. Diese müssen vom Referierenden bzw. vom Träger durchdacht und in der Umsetzung berücksichtigt werden, denn „eine solche Festlegung ist unter anderem abhängig vom jeweiligen Leitbild der Hospizdienste und von der Ausrichtung thematischer Schwerpunkte“ [Müller und Heinemann 2015, S. 33]. Gesichert ist allerdings, dass die Vorgabe, Unterricht müsse in den Bereichen Wissen, Fertigkeiten und Haltung stattfinden, erfüllt ist.

Die klare Bestimmung von realistischen Unterrichtszielen in allen drei Bereichen Wissen, Fähigkeiten und Haltung ist die Voraussetzung für die Bestimmung der Methoden. Aus den Fragebögen ergibt sich, dass die Teilnehmenden bzw. künftige Anwender des Curriculums eine genaue Beschreibung auch hinsichtlich der Unterrichtsmethoden erwarten. Dies entspricht Erfahrungen anderer Curricula und Handbücher [Hagen et al. 2011; Müller und Heinemann 2015].

6.3.6. Gesamtbeurteilung des Testlaufs

Beide Fragen zur Eignung des gesamten Curriculums (Vorbereitung von Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleitern auf spirituelle Begleitung und Hilfe für Lehrende bei der Vorbereitung des Unterrichts) wurden relativ gut bewertet. Die Fragebögen berücksichtigten jedoch keine externen Faktoren (wie z. B. die Zusammensetzung der teilnehmenden Hospizgruppe, die Unterrichts- und Praxiserfahrung des Referierenden). Von diesen Faktoren abhängig ist die Erwartungshaltung an das Curriculum als Hilfestellung.

Aus der Fragestellung, welche drei der elf Themen die wichtigsten wären, gibt es eine klare Präferenz (Abbildung 5, S. 89) für (Platz 1) „Thema 2: Bedürfnisse und Nöte, Hoffnungen und Ressourcen“, (Platz 2) „Thema 9: Grundhaltung ‚Dasein und Aushalten‘“ und (Platz 3) „Thema 8: Präsenz und Gespräch“. Platz 1 gehört zur Ebene „Wissen“ (kognitiv), Platz 2 zur Ebene Haltung (affektiv) und Platz 3 zur Ebene Fähigkeiten (pragmatisch). Themen und Ziele des Curriculums decken damit in der Einschätzung der Teilnehmer das ganze Spektrum von Wissensvermittlung ab. Insbesondere das an Platz 3 genannte Thema 8 „Präsenz und Gespräch“ bestätigt, dass die Förderung der kommunikativen Fähigkeiten unerlässlich ist. Die ebenfalls hohe Priorität von Platz 1 „Thema 2: Bedürfnisse und Nöte, Hoffnungen und Ressourcen“ spiegelt sich wider in der Forderung der EAPC, die den Umgang mit spirituellen Bedürfnissen als eine von zehn Kernkompetenzen in Palliative Care insgesamt bezeichnet [Gamondi et al. 2013b].

Auffallend ist, dass das Thema 10 „Einbindung von Seelsorge“ den letzten Platz im Ranking um die drei wichtigsten Themen in der Schulung ehrenamtlicher Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter eingenommen hat. Dies mag auch daran liegen, dass zwar der Seelsorgebedarf von den Ehrenamtlichen angezeigt wird, die Vermittlung aber von der Koordination umgesetzt wird. Das bedeutet, dass die Zusammenarbeit mit Seelsorge vor Ort von der Koordination bzw. von der Leitung des Hospizdienstes individuell gestaltet und gepflegt wird. Die Notwendigkeit von gestalteten Kooperationen liegt nicht zuletzt daran, dass nicht wenige Gemeindeseelsorgende noch nie oder kaum Berührung mit Palliativpatienten hatten, sie für sich Schulungsbedarf in Palliative Care sehen [Buser et al. 2008] und der Gegenstand der Kooperation deshalb mit Klärungsbedarf verbunden ist. Nichtsdestotrotz müssen Informationen darüber, wie das Seelsorgeangebot in der Region konkret aussieht, wie Ehrenamtliche Bedarf an Seelsorge in der Begleitungssituation erkennen und wie sie diese Angebote in der Begleitung gut ins Gespräch bringen können, Bestandteil der Schulung von Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleitern sein.

Die Evaluation des (unter dem Titel „Curriculum Spiritualität für ehrenamtliche Hospizbegleitung“ [Gratz und Roser 2016] publizierten) Schulungskonzepts durch überwiegend erfahrene Teilnehmende an einem Testlauf „in Echtzeit“ konnte zeigen, dass den Herausforderungen aus der Perspektive der Praktiker mit kleinen Überarbeitungen entsprochen werden kann. Es kann in jedem Hospizdienst vom Referierenden angepasst sowie vor Ort individuell gestaltet werden [Meredith et al. 2012] und dennoch den Ansprüchen auf Allgemeingültigkeit entsprechen. Der erforderliche Rahmen für die Anpassung an persönliche Ansprüche und an Ansprüche von Trägern ist geboten.

6.4. Konsequenzen und weitere Fragestellungen aus dem dreistufigen Forschungsprozess

6.4.1. Entwicklung einer Definition von Spiritualität und Erwartungen an die Hospizbegleiter

Konfessionsgebundene wie konfessionsunabhängige Träger proklamieren einen patientenzentrierten Ansatz von Spiritual Care und denken Spiritualität als individuelle Größe. Aus der Annahme, dass Spiritualität den Betroffenen, die Mitarbeitenden bzw. das Team und den Träger bzw. die Organisation gleichermaßen angeht, bleibt die Frage offen, wie ein Träger eines ambulanten Hospizdienstes eine trägereigene Beschreibung von Spiritualität entwickeln und einen Handlungsauftrag an Hospizbegleitende formulieren kann. Eine methodische Hilfestellung ähnlich einer Arbeitshilfe zur Entwicklung eines Leitbildes wäre hilfreich. Anschlussfähige Ansätze dafür gibt es bereits im wissenschaftlichen Kontext [Steinmann 2011]. Eine Annäherung an das Ziel von Spiritual Care, die sich in einer vernünftigen und realistischen Konkretisierung innerhalb des Spannungsfeldes aus Entlastung im Leid und Auflösung von Leid bewegt, würde dabei helfen, die Erwartungen an Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter zu konkretisieren.

6.4.2. Qualifikation der Referenten

Dass in der Schulung zum Thema Spiritual Care beide fachliche Richtungen, Kenntnisse und Erfahrungen der Hospiz- und Palliativarbeit einerseits, Kenntnisse und Erfahrungen aus Seelsorge und Theologie andererseits, relevant sind, wurde deutlich. Weil Lehrende an dieser thematischen Schnittstelle nicht selbstverständlich zu finden sind, sind weitere Überlegungen förderlich, wie entweder zwei Lehrende gemeinsam das Unterrichtsfeld gestalten können oder welche Möglichkeiten es gibt, Referierende in beiden Feldern zu qualifizieren. Die Ausarbeitung einer Art Anforderungsprofil, angereichert mit praktischen Hinweisen, auf welch kreativen Wegen die Entwicklung und / oder Einbindung der erforderlichen Erfahrungs- und Lehrkompetenzen realisierbar ist, würde die Lehre erleichtern, vielleicht sogar verbessern.

6.4.3. Abgrenzung zur Seelsorge und Einbindung von Seelsorge

Das Leistungsspektrum von Seelsorge umfasst spirituelle Begleitung. Seelsorge ist angesichts der veränderten Begleitungsrealität zunehmend gefordert, Begleitung nach dem Konzept von Spiritual Care zu leisten. In der Krankenhaus-seelsorge beispielsweise ist dies längst Alltag, im Feld der Gemeindeseelsorge mag dies anders aussehen.

Aus der Sicht des Diakonischen Werkes der EKD ist christlich geprägte Seelsorge nicht auf Menschen christlichen Glaubens beschränkt, was zwei Konsequenzen mit sich bringt: Sie hat sich einerseits ihrer christlichen Wurzeln bewusst zu sein. Andererseits hat sie offen zu sein gegenüber individuellen Vorstellungen und Bedürfnissen der Menschen. „Christliche Auftragsfestigkeit und Dialogorientierung bedingen einander“ [Diakonisches Werk der EKD 2010, S. 20] und sind deshalb Komponenten, die in Einklang zu bringen sind. Damit ist eine Herausforderung beschrieben, die für die Seelsorge ein zu gestaltendes (Handlungs- und Spannungs-)Feld darstellt und einschließlich ihrer Chancen und Risiken zu bedenken ist [Roser 2009]. „Alles in allem bietet die Spiritual Care eine Chance für die Seelsorge – nicht ohne Risiken. Wenn Seelsorge um das ihr Eigene und Besondere weiss, dies auch geltend macht, dies anderen in ihrer Fachlichkeit zeigen kann und es als teilanschlussfähig bestimmen kann und sich auf die jeweiligen örtlichen Verhältnisse einlässt, dann kann sie zu einer interessanten Partnerin und relevanten Verbündeten von Spiritual Care werden [Hauschildt 2013, S. 9].

Die Abgrenzung von spiritueller Begleitung durch Hospizbegleiter und Seelsorge durch Seelsorger von Kirchengemeinden oder anderen Trägern ist ungeklärt. Es bedarf einer grundlegenden Auseinandersetzung bzw. Beschreibung der Schnittstelle sowie einen Blick auf den Schulungsbedarf auf beiden Seiten bezüglich dessen, was spirituelle Begleitung am Lebensende generell kennzeichnet.

Regionale Unterschiede und deshalb individuelle Klärungen müssen mehrere Themen beinhalten:

- Angebote, Handlungsmöglichkeiten und Erreichbarkeit der Gemeindeseelsorge für Menschen am Ende des Lebens,
- Umgang mit Seelsorgebedarf bei Menschen, die keiner Religionsgemeinschaft angehören,
- Hospizbegleiter in der Schnittstelle und ihr konkreter Auftrag in der Zusammenarbeit mit Seelsorge.

Trotz (und bestenfalls gerade durch) Schulung von Hospizbegleitern in Spiritual Care sollen Seelsorger hinzugezogen werden. In einer Zeit, in der die Religionszugehörigkeit abnimmt, ist unter Ehrenamtlichen eine besondere Aufmerksamkeit und Sensibilität dafür erforderlich, Seelsorge ins Gespräch zu bringen und gegebenenfalls zu organisieren. Dies setzt voraus, dass sie über ihre Möglichkeiten bezüglich der Einbindung von Seelsorge konkret in ihrem Einsatzgebiet informiert sind.

Eine Annäherung an die Schnittstelle ist möglich. Mitarbeitende der ehrenamtlichen Hospizbegleitung haben mit jenen professioneller Seelsorge einiges gemeinsam: auch Ehrenamtliche müssen in der Begegnung und im laufenden Dialog sprachfähig sein und reagieren können [Planalp et al. 2011]. „Hospice nurses, administrators, social workers, physicians, clergy, other professionals, and volunteers must all be prepared to deal with any of these issues [spirituellen Aspekten, Anm. d. Verf.] to the best of their abilities when asked by the patient or family” [Owen-Still 1985, S. 33]. Wenn dies das Selbstverständnis nicht-seelsorglicher Arbeitsfelder ist, bedeutet das nicht, dass der Bedarf an Seelsorge rückläufig wird. Im Gegenteil: „In most instances spiritual care can be successfully offered by the hospice volunteer. Professional clergy should be welcomed at the patient’s or family’s request or when a spiritual assessment indicates a need. However, it is our belief that true qualities of spiritual caregiving will be found in both the committed volunteer and the effective professional” [Owen-Still 1985, S. 34]. Beides gilt es zu fördern und durch eine Abgrenzung zu konkretisieren. Ziel ist es, das Potenzial beider – spirituelle Begleitung durch ehrenamtliche Hospizbegleitende sowie Seelsorge durch Seelsorgende – für kranke und sterbende Menschen wie auch für ihre An- und Zugehörigen zugänglich bzw. nutzbar zu machen.

Es gilt, mehrere Perspektiven zu betrachten:

- Spirituelle Begleitung, die von Seelsorgenden geleistet wird, kommt auf anderen Wegen zustande als jene durch ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter. Letztere werden nicht spezifisch für spirituelle Begleitung gerufen und erhalten nur in seltenen Fällen dazu einen konkreten Auftrag. Dass Kranke oder Sterbende gezielt mit Ehrenamtlichen über spirituelle bzw. religiöse Aspekte sprechen möchten, ist nicht die Regel. Spirituelle Begleitung ergibt sich vielmehr im Verlauf der Begleitung, wenn Betroffene spirituelle Themen zur Sprache bringen. Seelsorgende werden in der Regel gezielt in eine Situation eingebunden. Ihr Handlungsauftrag umfasst ein enger

definiertes Feld als es das unspezifische Feld ehrenamtlicher Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter ist.

- Da Spiritualität auch auf der Makro-, also auf Trägerebene zu diskutieren ist, spielt das durch Tradition oder konfessionelle Anbindung gegebene spirituelle Profil des Trägers in die Überlegungen hinein. Findet spirituelle Begleitung bzw. Seelsorge auf einem konfessionellen Hintergrund der Organisation statt, ist zu klären, welche Rolle die Konfession in der Arbeit der (ehren- oder hauptamtlich) Mitarbeitenden haben soll. Eine Hospizbegleiterin bzw. ein Hospizbegleiter kann von einem konfessionell geführten Hospizdienst beauftragt sein, aber in der Begleitungssituation konfessionsneutral auftreten, weil es dem Leitbild des Hospizdienstes entspricht. Seelsorgende einer christlichen Kirchengemeinde stehen in der z.B. christlichen Tradition und können nicht ohne konfessionelle Identität agieren, weil Person und Konfession nicht voneinander zu trennen sind. Beiden gemeinsam ist aber die Offenheit und Toleranz gegenüber anderen Glaubensansichten.
- Die Handlungsformen in der ehrenamtlichen Hospizarbeit in spiritueller Begleitung sind andere als der Seelsorgeauftrag bei Seelsorgenden. Während sich die Arbeit der Hospizbegleitenden auf die Wahrnehmung spiritueller Themen, dasein, aushalten und dabei bleiben, verbale und nonverbale Kommunikation sowie kleine Rituale, emotionale und organisatorische Entlastung und schließlich Einbindung von Seelsorge beschränkt, umfasst Seelsorge weit mehr. Ihr Auftrag umfasst darüber hinaus spirituelle Anamnese, seelsorgliche Gespräche und Rituale (Symbole, Texte, Segenshandlung mit Handauflegung, Salbung, Abendmahl) als „zentrale Ausdrucksformen liturgischen Handelns“ [Klessmann 2008, S. 88].
- Beiden gemeinsam ist, dass sie Kompetenzen voraussetzen und Qualifizierung erfordern. Der Unterschied liegt in den Schulungsinhalten, die auf die jeweiligen Handlungsformen ausgerichtet sind. Hospizdienste entsenden Ehrenamtliche, die mit ehrenamtlich-hospizlicher Begleitungs- und Gestaltungskompetenz ausgestattet sein müssen. Seelsorgende sind von einer Religionsgemeinschaft beauftragt und bringen theologisch-seelsorgliche, liturgische und insbesondere Beratungs-, Deutungs- und Gestaltungskompetenz ein.

Dieses gesamte Feld ist bislang äußerst ungeklärt. Es gibt keine Literatur zur Verhältnisbestimmung zwischen ehrenamtlicher Hospizarbeit und kirchlicher Seelsorge, obwohl beide Angebote dem gleichen Adressatenkreis gelten und unter Umständen als Konkurrenz betrachtet werden. Ein Ansatz der Gegenüberstellung

der Arbeit ehrenamtlicher Hospizbegleiter und der Seelsorgenden bietet einen Zugang:

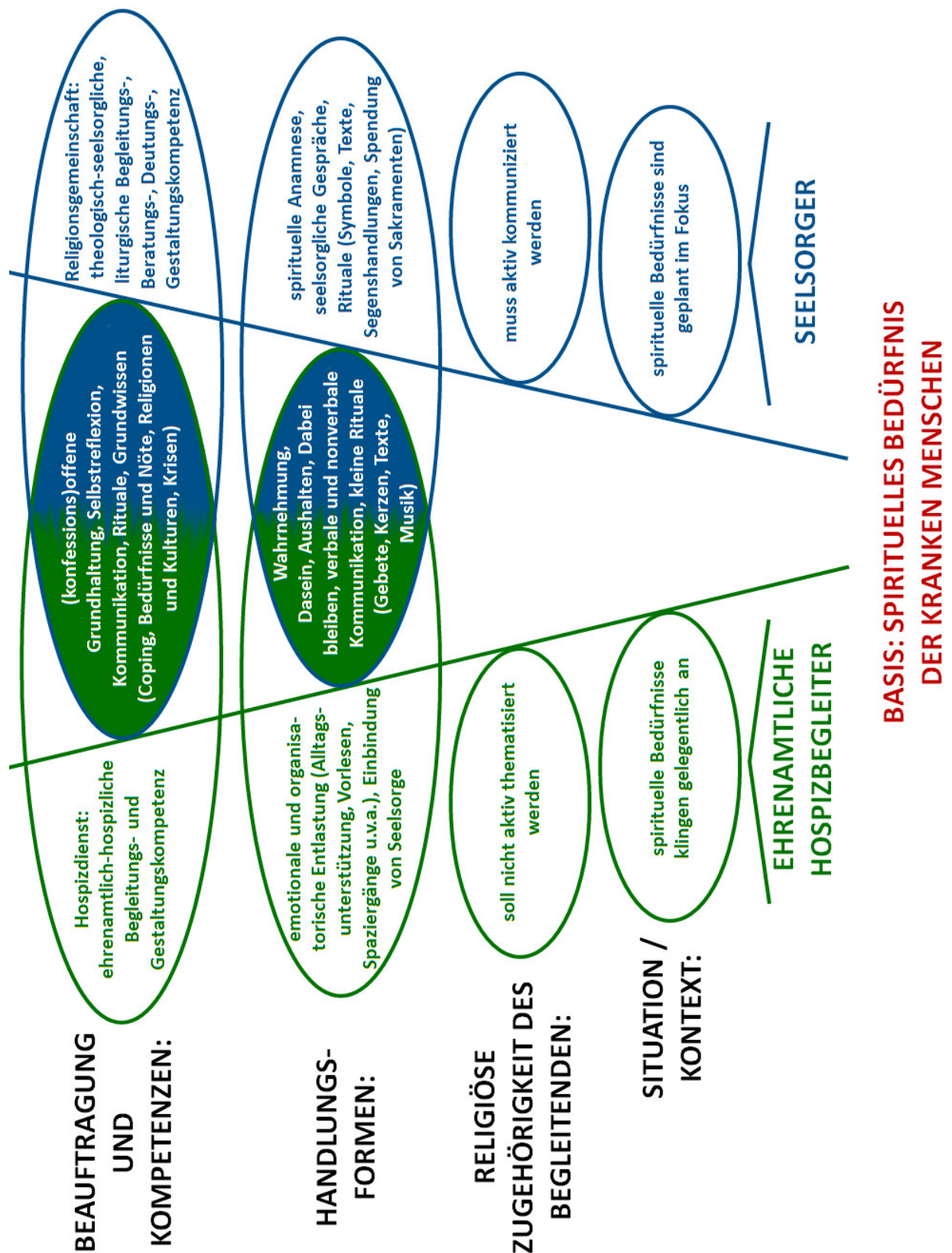


Abbildung 8: Unterschiede und Gemeinsamkeiten ehrenamtlicher Hospizbegleiter und Seelsorger

Der Zugang über diese konkrete Gegenüberstellung ist greifbarer als ein genereller Vergleich der Tätigkeiten von spiritueller Begleitung und Seelsorge sowie der Konzepte von Spiritual Care und Seelsorge. Die Grenzen sind schwer zu ziehen aufgrund von Überschneidungen in der Begleitungsarbeit. Die Grenzziehung dient vielmehr der theoretischen Diskussion und damit dem Verständnis, was einen Ansatz für die Forschung bietet und in der Praxis z.B. in Kooperationsklärungen mündet.

Es ist geboten, sich mit der Einordnung der spirituellen Begleitung ehrenamtlicher Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter in den Kontext von Alltagsgesprächen und Seelsorge in der Hospiz- und Palliativarbeit [Buser et al. 2008; Charbonnier 2008; Clemm et al. 2015; Lloyd-Williams 2008; Winter-Pfändler und Flannelly 2013; Wright 2001] vertieft zu beschäftigen und die Ergebnisse in Form einer Praxishilfe zur Gestaltung von Kooperationen nutzbar zu machen.

6.4.4. Zeitliche Rahmenbedingungen der Schulung Spiritual Care

Spiritualität und Spiritual Care bilden in der Vorbereitung ehrenamtlicher Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter einen Themenbaustein unter vielen. Deshalb ist es eine Herausforderung, das inhaltliche Spektrum von Spiritualität und Spiritual Care in einer überschaubaren Zeit zu unterrichten.

Die hohen Schulungsanforderungen lassen erahnen, dass ehrenamtliche Arbeit durchaus nicht weniger ambitioniert ist als die Arbeit Hauptamtlicher. Der empfohlene Unterrichtsumfang von 100 Unterrichtsstunden in der Vorbereitung Ehrenamtlicher ist durchaus in Relation zu betrachten mit der Fachweiterbildung von Palliativfachkräften, die bis zu 160 Stunden betragen kann. Damit soll und darf kein unmittelbarer Vergleich hergestellt werden. Allerdings darf davon ausgegangen werden, dass Ehrenamtliche, die mindestens 100 Unterrichtsstunden absolviert haben, durchaus als Experten ihres spezifischen Handlungsfeldes gesehen werden dürfen. Als „Fachleute fürs Alltägliche“ [Student et al. 2007, S. 63] sind sie professionell auf ihre Art und Weise, auch wenn ihr Handlungsfeld eine andere Form von Professionalität aufweist.

Weil Spiritualität und spirituelle Begleitung ein weites thematisches Feld sind, das einige Unterrichtsstunden erfordert, kann es sinnvoll sein, den Unterricht zu reduzieren und zu einem späteren Zeitpunkt, wenn Ehrenamtliche über erste Begleitungserfahrungen verfügen, in Form einer Fortbildung zu vertiefen.

Empfehlungen zu einer adäquaten Verteilung des Unterrichts (wie viele Stunden, welche Themen und welcher Vertiefungsgrad sinnvoll sind jeweils im Vorbereitungskurs wie auch später in der Fortbildung erfahrener Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter) würden Kursleitenden bei der Konzeption des Kurses wie auch bei der Beauftragung eines Referierenden eine Unterstützung sein.

6.4.5. Methodische Ausarbeitung

Das Fokusgruppeninterview brachte vereinzelt methodische Ansätze zur Sprache. Es wurde die Bedeutung der Selbstreflexion hervorgehoben wie auch die Förderung der Fertigkeiten. Dass ausschließlich Lehre im Sinne von Vorträgen nicht die erforderlichen Kompetenzen in Spiritual Care hervorbringen wird, darf als gesichert gelten, weil das nötige Maß an Selbstreflexion fehlen würde. Methoden wurden aber nur beispielhaft erwähnt und sollen aufzeigen, dass Herangehensweisen wie z.B. Vortrag alleine nicht zielführend sind und verschiedene Ansätze einfließen müssen.

Um das weite Spektrum an Unterrichtsthemen und -zielen abzudecken, ist ein breites Spektrum an Methoden [Paal et al. 2014; Lambie et al. 2015; Marr et al. 2007] sinnvoll, die an die Themen wie auch an die Teilnehmenden gleichermaßen angepasst sein müssen. Wenn es darum geht, Wissen, Fertigkeiten und Haltung zu vermitteln, sind auch verschiedene methodische Zugänge erforderlich, um die Anforderungen zu erfüllen. Es wird eine Herausforderung sein, methodische Empfehlungen zu geben, weil Spiritual-Care-Referierende über unzählige kreative und zielführende Unterrichtsmethoden verfügen, die nie publiziert wurden. Darüber hinaus ist es sinnvoll, dass die Hospizdienste selbst über die Unterrichtsziele entscheiden bzw. diese anpassen, was wiederum Auswirkungen auf den methodischen Zugang hat. Deshalb ist es erforderlich, dass ein Curriculum, das inhaltliche und methodische Vorschläge unterbreitet, einer Evaluation unterzogen wird. Sollte sich das vorliegende Curriculum als zielführend erweisen, muss dennoch im Blick behalten werden, dass es sich um nur eine von vielen Möglichkeiten handelt, den Unterricht der einzelnen Themen zu gestalten. Es könnte unterstützend sein, eine Multiplikatorenschulung bzw. Seminare zur Methodenkompetenz in Spiritual Care durchzuführen, die neben einer Grundlage der Methodenlehre auch Raum für den erforderlichen kreativen Prozess bietet, um nicht nur existierende Methoden zu überprüfen, sondern auch neue Methoden zu entwickeln. Ein Bedarf, über methodische Zugänge in Spiritual Care nachzudenken, ist vorhanden. Seminare und eine umfassende Sammlung methodischer

Möglichkeiten, die von den Referierenden kreativ umgesetzt und individuell angepasst werden können, würden diese Lücke schließen, zumindest verkleinern.

6.4.6. Chancen und Grenzen der Unterrichtsziele

Die beschriebenen Unterrichtsziele mögen den Hospizdiensten und ihren Referierenden eine Orientierung sein, worauf es in der Schulung ehrenamtlicher Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter in Spiritual Care ankommt. Eine Ausarbeitung dessen, was die einzelnen Unterrichtsziele je Thema für die Arbeit der Ehrenamtlichen konkret bedeuten und wo ihre Chancen und Grenzen liegen, bleibt offen. Vielleicht wäre gerade diese Ausarbeitung ein Weg, die Abgrenzung zur Seelsorge zu konkretisieren.

Darüber hinaus wird in der Anwendung der Unterrichtsziele eine Unterscheidung notwendig sein, ob die Schulung im Rahmen des Vorbereitungskurses (mit künftigen Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleitern) stattfindet (und damit mit vielen anderen Themen in eine Reihe gestellt wird) oder als Fortbildung für erfahrene Ehrenamtliche. Die Schulung erfahrener Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter setzt auf einer anderen Wissens- und Erfahrungsebene an, weshalb manche Themen kürzer gehalten werden können, andere wiederum werden mehr Raum erfordern, weil die Erfahrungen der Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter eine vertiefte Auseinandersetzung ermöglichen. Deshalb wird ein anderer Unterrichtsverlauf zu erwarten sein.

7. Limitationen

7.1. Stufe I: Spiritual-Care-Schulungspraxis in Deutschland

Die Rücklauf-Quote ist mit 25,0% (n=332) relativ gering, kann aber dadurch bedingt sein, dass nicht nur Dienste mit hauptamtlichem Personal, sondern auch ehrenamtlich geführte Hospizinitiativen mit wenig personellen Ressourcen befragt wurden. Darüber hinaus waren Umfragezeit und Ferienzeit teilweise identisch. Die Quote ist aber akzeptabel auf dem Hintergrund, dass eine Rücklauf-Quote nicht ausschließlich auf Basis der prozentualen Beteiligung interpretiert werden darf und Online-Umfragen in der Regel geringere Rücklauf-Quoten aufweisen als auf dem Postweg versandte Fragebögen [Nulty 2008].

Empfehlungen für ein zu entwickelndes Curriculum sind aus der Umfrage nur bedingt ableitbar, weil sie als Bestandsanalyse den Bedarf nur begrenzt wiedergibt. Darüber hinaus wurden die Kursinhalte nicht thematisiert. Diese Schwerpunkte hatte die Fokusgruppendifkussion (Stufe II), die im Anschluss an die Auswertung der Umfrage durchgeführt wurde mit der Zielsetzung, jene Inhalte zu erschließen, die in die Entwicklung eines Curriculums einfließen müssen.

7.2. Stufe II: Schulungsziele und -inhalte zur Entwicklung eines Spiritual-Care-Schulungskonzepts

Aufgrund des breit ausgewählten Samples in Bezug auf jene Erfahrungen, die für die Studie wesentlich waren, konnten die vielfältigen und zentralen Aspekte [Marr et al. 2007] im Bezug auf die Fragestellung erfasst werden. Weitere Fokusgruppeninterviews hätten in hohem Maße eine Wiederholung dargestellt. Das Ziel bestand auch nicht darin, durch mehr Interviews mehr Unterrichtsthemen und -ziele zu generieren. Der Sinn bestand vielmehr darin, die vielen Facetten von Spiritualität zu verifizieren und die Herausforderung des Unterrichtens eines schwer einzugrenzenden Themenfeldes aufzuzeigen. Dies wurde mit einem Fokusgruppeninterview sichtbar.

Während des Fokusgruppeninterviews wurde die Bezeichnung „spirituelle Begleitung“ nur einmal erwähnt. Der Begriff „Spiritual Care“ kam gar nicht zur Sprache. Dies muss nicht bedeuten, dass das Thema als solches nicht in die Schulung integriert ist. Die Ergebnisse haben trotzdem ihre Richtigkeit, denn vermutlich ist es eine sprachliche Ursache in dem Sinne, dass Spiritual Care als anglizistische Bezeichnung sprachlich nicht eingeführt und spirituelle Begleitung

gedanklich unter psychosozialer Begleitung subsumiert wird. Es darf davon ausgegangen werden, dass das Thema Spiritualität selbstverständlicher Bestandteil ehrenamtlicher Hospizarbeit ist. Darauf deutet das Transkript hin, wenn die Rede davon ist,

„[...] dass gerade in der letzten Lebensphase Schmerzbehandlung ohne die Berücksichtigung der nicht-körperlichen Schmerzen kaum möglich ist.“ (Z 992)

7.3. Stufe III: Evaluierung des Spiritual-Care-Schulungskonzepts

Der einzig qualitative Teil in der Evaluation war die Beschreibung der Unterrichtsziele. Ob 21 Antwortende für eine solide qualitative Erhebung ausreichend sind, darf hinterfragt werden. Zu bedenken bleibt, dass die Abfrage der Unterrichtsziele nach der Schulung stattfand und die Beschreibung durch die Teilnehmenden auf der Basis des durchgeführten Unterrichts vorgenommen wurde, so dass dies möglicherweise eine Beeinflussung darstellt.

Der bewusste Verzicht auf die Abfrage der Teilnehmenden zu beruflicher Herkunft, religiöser Zugehörigkeit, Genderaspekten und die Jahre der Berufserfahrung (und damit die Fokussierung auf Erfahrung in Praxis und Schulung ehrenamtlicher Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter) könnte sich auf die Ergebnisse ausgewirkt haben.

Ein weiterer möglicher Bias kann durch die Voraussetzung für die Teilnahme am Testlauf gegeben sein: Gefordert war eine verbindliche Absichtserklärung, das Curriculum selbst mit der Hospizgruppe des eigenen Dienstes durchzuführen und vor Ort zu evaluieren, was als vierter Forschungsschritt angedacht ist. Dieser ist nicht Gegenstand dieser Arbeit. Diese Bedingung könnte Interessierte zurückgehalten haben, die in einem Spiritual-Care-Unterricht angesichts der Offenheit und Diversität [Anderson 2012] eine zu große Herausforderung sehen und eine Umsetzung scheuten.

8. Schlussfolgerungen

8.1. Stufe I: Spiritual-Care-Schulungspraxis in Deutschland

Unter der Annahme, dass Spiritualität ein wesentlicher Teil eines ganzheitlichen Verständnisses von Hospizarbeit und Palliative Care ist, bleibt es eine Herausforderung, Spiritualität und spirituelle Begleitung in ein Unterrichtskonzept zu integrieren, weil einerseits eine gemeinsame Basis geschaffen werden muss, aus der hervorgeht, worüber gesprochen wird, wenn von Spiritualität die Rede ist. Andererseits lässt sich das, was Spiritualität ist, nur aus der Begegnung mit dem kranken Menschen und seinen Angehörigen her erschließen. Dieser Zugang verbietet klare Vorgaben von außen. Er bedeutet aber auch einen Ansatz von Spiritual Care, der sich in hohem Maße auf Dasein, Zuhören, Erkennen, Akzeptieren, Respektieren und Reagieren versteht. Dies gelingt, wenn der eigene Standpunkt sichtbar gemacht und gefestigt, die Begleitungsmöglichkeiten mit ihren Grenzen erörtert und Interaktion geübt wurde.

Die Befragten sind sich in hohem Maße einig, dass Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter mit spirituellen Aspekten in der Begleitung umgehen können sollten. Es gibt eine eindeutige Tendenz, dass die Spiritualität des Patienten dabei handlungsleitend ist. Spiritualität und Spiritual Care muss in der Schulung verstärkt aufgegriffen werden. Schulungsbedarf, aber auch Bedarf an Unterstützung in der Schulung gilt als gesichert.

8.2. Stufe II: Schulungsziele und -inhalte zur Entwicklung eines Spiritual-Care-Schulungskonzepts

Spiritual Care ist ein Themengebiet, das sehr unterschiedlich gelehrt werden kann. Der inhaltliche Aufbau ist so individuell wie Spiritualität selbst. Deshalb kann ein Curriculum nur eine Hilfestellung für Lehrkräfte sein, ihre eigenen Unterrichtsthemen und -ziele zu entwerfen und an die Erfordernisse des ambulanten Hospizdienstes anzupassen. Sie müssen ihre eigene Definition von Spiritualität und ihre persönlichen Erwartungen an die Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter formulieren. Wenn dies zum Tragen kommt, hat ein Curriculum seinen Charakter als Hilfestellung erfüllt.

Zu diesen auszuarbeitenden Anforderungen gehören die Beschreibung von Spiritualität in Abgrenzung zu Religiosität und Glaube sowie der Auftrag, den das Konzept von Spiritual Care mit sich bringt. Zu den Fertigkeiten gehören Klärungen, bis zu welchem Grad von Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleitern erwartet wird, dass sie spirituelle Aspekte in der Begleitung erkennen und mit Gesprächssituationen umgehen können sollten. In Bereich der Haltung stehen zur Diskussion, wie sich Ehrenamtliche auf die spirituelle Dimension des Begleiteten einlassen und sich selbst zurücknehmen können sollten. Individuell zu entscheiden bleibt auch, bis zu welchem Grad sie sich mit ihrer eigenen Einstellung, ihren Grenzen und Stärken, ihren Gottesbildern und Jenseitsvorstellungen, ihren Kraftquellen und ihrer spirituellen Beheimatung ebenso wie mit ihrem persönlichen Umgang mit Leid auseinandergesetzt haben sollten.

Den künftigen Anwendern des Curriculums geben also diese Zielbeschreibungen und thematischen Details die Möglichkeit, ihr eigenes Verständnis von Spiritual Care in der Arbeit ehrenamtlicher Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter zu entwickeln oder zu überdenken. Die Ergebnisse ermöglichen einen konstruktiven Dialog und unterstützen die trägerinterne Diskussion über die Erwartungen an die Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter.

8.3. Stufe III: Evaluierung des Spiritual-Care-Schulungskonzepts

Mit den Erkenntnissen aus diesem Forschungsschritt wird es möglich, das Curriculum so weiterzuentwickeln, dass es anwendbar ist und mit Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleitern durchgeführt werden kann.

Der curriculare Rahmen ist so gesetzt, dass ein individueller Verlauf erhalten bleibt oder sich eröffnen kann. Wenn Selbstreflexion der Kursteilnehmenden eine Priorität hat und ausdrücklich eingefordert ist, erhält die Schulung eine persönliche Dimension, die einen vertrauten Rahmen erfordert. Es ist existenziell, dass der Kursverlauf jene Offenheit beibehält, die sich nicht nur auf die trägerspezifische inhaltliche Besetzung von Spiritualität und Spiritual Care bezieht, sondern besonders auch einer im Kursverlauf entstehenden Dynamik und individuellen Befindlichkeiten Raum gibt. Das bedeutet, dass das Curriculum eine Hilfestellung und einen Leitfaden für die Unterrichtsgestaltung gibt und offen ist für die unterschiedlichen Konzepte von Spiritualität und Spiritual Care des jeweiligen Hospizdienstes und seiner Hospizbegleiter. Daraus ist zu schließen, dass angesichts der Vielschichtigkeit weder eine allgemeingültige Arbeitsdefinition von Spiritualität noch verbindliche Schulungsstandards für Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter angestrebt werden. Vorrangig ist, dass das Curriculum auf der Einbindung der Praxiserfahrungen von Koordinationskräften und Hospizbegleitenden basiert und die Möglichkeit bietet, das eigene Kurskonzept (weiter) zu entwickeln oder zu verbessern.

Ziel sollte sein, dass der spirituellen Begleitung durch ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter in weiteren Untersuchungen die Aufmerksamkeit zuteil wird, die ihr in der Praxis zukommt. Dem liegt zugrunde, dass ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter kein Ersatz für spirituelle Begleitung durch qualifizierte Seelsorgende sind und es auch nicht werden sollen. Vielmehr sollen sie kompetent mit diesen zusammenarbeiten. Dies soll durch den curricularen Ausbildungsprozess gefördert bzw. auf den Weg gebracht werden. Dazu ist die Präsenz von Seelsorgenden in der Schulung wie auch in der Zusammenarbeit mit Koordinationspersonal in der Praxis hilfreich. Die Überlegungen in dieser Arbeit für ein Curriculum können die Diskussion nicht ersetzen, sondern setzen sie voraus.

8.4. Gesamtrésumeé

8.4.1. Résumeé aus wissenschaftlicher Perspektive

Der dreistufige Forschungsprozess bediente sich qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden, um die Daten über beispielsweise die Spiritual-Care-Schulungslandschaft in Deutschland, die wichtigsten Unterrichtsziele und -themen sowie die Anwendbarkeit eines Schulungskonzepts zu generieren.

Im Wesentlichen konnte in den drei Forschungsstufen erarbeitet werden, dass

- Spiritualität in der Schulung ehrenamtlicher Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter wichtig ist, Unterstützungsbedarf besteht, die Aufgaben Ehrenamtlicher unklar sind und die Beauftragung von Referierenden klärungsbedürftig ist (Stufe I),
- die Themenkomplexe „Begriff Spiritualität und Arbeitsdefinition“, „Bedeutung der Religionen“, „Spirituelle Bedürfnisse und Ressourcen“, „Art und Kunst der Begegnung“, „Einbindung von Seelsorge“, „Rituale und Kreativität“, „Reflexion der eigenen Spiritualität“ sowie „Haltung in der Begleitung“ zentrale Schulungsthemen sind (Stufe II),
- das Curriculum in der Testversion 1 mit entsprechender Weiterentwicklung anwendbar ist und die Unterrichtsziele (Tabelle 19, S. 87) detailliert erhoben werden konnten (Stufe III).

Es wurden analoge und digitale Medien eingesetzt, um die erforderlichen Ergebnisse zu erhalten. Innerhalb dieses breit angelegten Forschungsprozesses wurden die Erfahrungen der Praktiker maximal eingebunden. Die formulierte Rahmenbedingung, das Projekt aus der Praxis für die Praxis zu entwickeln, konnte erfüllt werden.

Die eingangs als fehlend bezeichneten empirischen Daten, die den Bedarf beschreiben und Schulungsmaßnahmen konkretisieren, konnten generiert werden.

Für den deutschsprachigen Raum ist insbesondere in Kurskontexten erfahrbar, dass Praktiker der wissenschaftlichen Arbeit wie auch konkreten Forschungsprojekten durchaus distanziert oder kritisch gegenüberstehen. Dies mag unter anderem daran liegen, dass Mitarbeitende in Hospiz- und Palliativeinrichtungen einen ethischen Konflikt empfinden, wenn sie Forschung mit der Begleitung und Versorgung sterbender Menschen verknüpfen sollen. Der Nutzen für die Praxis ist häufig nicht offensichtlich, was sich auf die Bereitschaft zur

- Teilnahme an einem Forschungsprojekt und
- Integration wissenschaftlicher Erkenntnisse in das praktische Handlungsfeld

auswirkt. Wissenschaftler und Forschende dienen dem hospizlich-palliativen Arbeitsfeld nicht nur dadurch, dass sie praxisrelevante Forschungsfragen bearbeiten. Sie dienen der Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativarbeit insbesondere dann, wenn es ihnen gelingt, den Teilnehmenden einer Studie zu Beginn die Praxisrelevanz einer Forschungsarbeit zu vermitteln und zum Ende hin bei der Integration der Forschungsergebnisse in das Handlungsfeld zu unterstützen einschließlich der Vermittlung des Nutzens der Forschungsarbeiten für Betroffene, Mitarbeitende und Träger gleichermaßen. Eine besondere Sensibilität in der Vermittlung dieses Nutzens ist angebracht. Darüber hinaus unterscheidet sich die Sprache der Forschung von der Sprache der Praxis markant. Sich dessen bewusst zu sein sollte Forschende zu der Auseinandersetzung ermutigen, wie auf sprachlicher und praktischer Ebene die Schnittstelle zwischen Forschung und Praxis gestaltet werden kann.

Das Curriculum wird seine Anwender in der Hospizarbeit finden. Aus Forschungsperspektive wäre die Evaluierung des Curriculums mit Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleitern, sei es mit jenen, die neu in die ehrenamtliche Arbeit eingeführt werden, sei es mit jenen, die ehrenamtliche Praxiserfahrung haben, ein weiterführender Forschungsschritt. Den Nutzen einer Schulungsmaßnahme für Betroffene (z.B. hinsichtlich der Verbesserung der Lebensqualität) und Mitarbeitende (z.B. hinsichtlich eines verbesserten und stressreduzierten Umgangs mit spirituellen Themen) nachzuweisen wäre ein Gewinn über persönliche Erfahrungsberichte der ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleitern hinaus. Ein Schulungskonzept, das einen nachweislichen Nutzen mit sich bringt, wird seinen Niederschlag in der Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen finden. In der aktuellen Forschungslandschaft sind Studien über Ehrenamt und Spiritual Care zu finden, Forschungsarbeiten mit konkreten Konsequenzen für die Praxis aber sind selten.

8.4.2. Résuméé aus praktischer Perspektive

Aus praktischer Sicht lässt sich konstatieren, dass das Curriculum angesichts der Individualität von Spiritualität auf allen Ebenen (Spiritualität des Begleiteten, des ehrenamtlichen Hospizbegleiters, des Hospizdienstes) den Beginn einer an das Arbeitsfeld der Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter angepassten Schulungspraxis bildet, die ihren Gewinn erst durch die sukzessive Anwendung in der Praxis und durch Nachbesserungen erfahren wird. Diese Nachbesserungen werden dadurch ermöglicht werden, dass die Publikation des Curriculums nicht nur als Buch und E-Book, sondern auch mittels einer Online-Plattform realisiert wird, die ein regelmäßiges Update bzw. eine regelmäßige Erweiterung durch die Herausgeber ermöglicht. Auf diese Weise können Unterrichtsablauf und Literaturhinweise aktualisiert, neue methodische Anwendungen ergänzt und zusätzliches Unterrichtsmaterial zur Verfügung gestellt werden.

Die eingangs konstatierte Klärungsbedürftigkeit von Begleitungsmöglichkeiten einschließlich der dafür erforderlichen Bildungsmaßnahmen konnte aufgehoben werden.

Es bleibt eine Herausforderung für Hospizeinrichtungen, über die Verwendung des vorgelegten Curriculums hinaus ihr eigenes Konzept von Spiritualität und Spiritual Care zu finden, Referierende adäquat einzubinden und andere Anregungen als Herausforderung anzunehmen. Der Forschungsprozess hat zu einem Curriculum geführt, das einen entsprechenden Rahmen dafür bietet. Die Eigenleistung der Hospizeinrichtungen wird in erster Linie darin bestehen,

- den Begriff Spiritualität für die Einrichtung zu erarbeiten und sich zu eigen zu machen,
- ein konkretes Konzept zu entwerfen, was Spiritual Care in der Einrichtung auf dem Hintergrund der konfessionellen, weltanschaulichen Ausrichtung bedeutet,
- ein Profil zu erarbeiten, was bezüglich spiritueller Begleitung von den Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleitern erwartet wird und welche Grenzen zu identifizieren sind,
- welches Unterrichtsmaterial und welche Unterrichtsmethoden durch eigene Ansätze ersetzt werden sollen,
- die Unterrichtsziele auf die eigenen Prioritäten hin zu verändern,
- die Beauftragung von Referierenden gezielt vorzunehmen,
- Kooperation mit Seelsorge auszuloten und zu gestalten.

Einige dieser praxisrelevanten Fragestellungen wurden durch den Forschungsprozess generiert und bieten Potenzial für weitere Entwicklungen. Es wäre lohnend, beispielsweise der Frage konkret nachzugehen, welche Qualifikation und Praxiserfahrung Lehrende einbringen sollten, um Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter für ihren Dienst in spiritueller Begleitung zu befähigen. Nicht weniger wirkungsvoll ist die Ausarbeitung der Fragestellung, wie im Kontext ehrenamtlicher Hospizarbeit die Einbindung von (Gemeinde)Seelsorge gelingen kann und welche Rahmenbedingungen dafür erforderlich sind. Für Praxis und Forschung sind damit Aufgaben beschrieben, deren Beantwortung ein Gewinn für die Zukunft der ehrenamtlichen Hospizarbeit zum Wohle der Betroffenen darstellen.

Literaturverzeichnis

- Alcorn SR, Balboni MJ, Prigerson HG, Reynolds A, Phelps AC, Wright AA, Block SD, Peteet JR, Kachnic LA, Balboni TA (2010) „If God Wanted Me Yesterday, I Wouldn't Be Here Today“: Religious and Spiritual Themes in Patients' Experiences of Advanced Cancer, In: Journal of Palliative Medicine, 13 (5): 581-588
- ALPHA – Ansprechstelle im Land Nordrhein-Westfalen zur Pflege Sterbender, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung (Hg.) (2008) Hospiz-Dialog NRW. Schwerpunkt Spiritualität I, Münster, 34
- Alsheimer M (2012) Rituale in der Begleitung entwickeln und gestalten, In: Fuchs C, Gabriel H, Raischl J, Steil H, Wohlleben U (Hg.), Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S. 230-237
- Anderson R (2007) Thematic Content Analysis (TCA). Descriptive Presentation of Qualitative Data
www.wellknowingconsulting.org/publications/pdfs/ThematicContentAnalysis.pdf, Zugriff am 5.1.2015
- Anderson RG (2012) Spiritual/Cultural Competency: Methods in Diversity Education, In: Journal of Pastoral Care & Counseling, 66 (4): 1-11
- Angelo J, Egan R (2015) Family caregivers voice their needs: A Photovoice study, In: Palliative and Supportive Care, 13 (3): 701-712
- Ariès P (2009) Geschichte des Todes, München, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, 12. Auflage
- BÄK, DGP (Hg.) (2004) Curriculum Zusatzweiterbildung Palliativmedizin
- Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, Prigerson HG (2007) Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life. In: Journal of Clinical Oncology, 25 (5): 555-560
- Balboni MJ, Sullivan A, Enzinger AC, Epstein-Peterson ZD, Tseng YD, Mitchell C, Niska J, Zollfrank A, VanderWeele TJ, Balboni TA (2014) Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life, In: Journal of Pain and Symptom Management, 48 (3): 400-410

- Baumgartner I, Pfrang C, Haslbeck B (2009) Ambulante Palliativversorgung und Seelsorge. Forschungsbericht zu einer empirischen Befragung, Passau, S. 27-28
- Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hg.) (2011) Begleitung und Versorgung Schwerstkranker und Sterbender sowie ihrer Angehörigen in Bayern – Rahmenkonzept zur Hospiz- und Palliativversorgung, München
- Begemann V, Seidel S (2015) Nachhaltige Qualifizierung des Ehrenamtes in der ambulanten Hospizarbeit und Palliativversorgung in Niedersachsen, Hospiz LAG Niedersachsen (Hg.), der hospiz verlag, Ludwigsburg
- Benke C (2007) Kleine Geschichte der christlichen Spiritualität, Verlag Herder, Freiburg im Breisgau
- Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2013) Religionsmonitor. Verstehen was verbindet. Religiosität und Zusammenhalt in Deutschland, Gütersloh, www.religionsmonitor.de
- Bevier M, Haart D, Hagen T, Labitzke K, Otto P, Rosenau M, Roser T, (Hg.) (2010) Kommission Qualität Spiritualität Abschlussbericht vom 12. März 2010 www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Abschlussbericht_Kommission_Qualitt_Spiritualitt.pdf, Zugriff am 4.8.2015
- Borneman T, Ferrell B, Puchalski CM (2010) Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment, In: Journal of Pain and Symptom Management, 40 (2): 163-173
- Bradshaw A (1996) The spiritual dimension of hospice: the secularization of an ideal, Social Science and Medicine, 43 (3), S. 409-419
- Brown MV (2011) How they cope: A qualitative study of the coping skills of hospice volunteers, In: American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 28 (6): 398-402
- Bruchhausen W (2011) Beziehungen zwischen Gesundheit und Religion von der Frühgeschichte bis zur Neuzeit, In: Klein C, Berth H, Balck F (Hg.), Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze, Juventa Verlag, Weinheim / München, S. 93-111

- Bucher AA (2007) Psychologie der Spiritualität, Beltz Verlag, Weinheim / Basel
- Büssing A, Frick E (2015) Psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse chronisch Kranker, In: Büssing A, Surzykiewicz J, Zimowski Z (Hg.), Dem Gutes tun, der leidet. Hilfe kranker Menschen – interdisziplinär betrachtet, Springer Verlag, Heidelberg, S. 3-28
- Büssing A, Ostermann T, Glöckler M, Matthiessen PF (Hg.) (2006) Spiritualität, Krankheit und Heilung – Bedeutung und Ausdrucksformen der Spiritualität in der Medizin, Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt am Main
- Büssing A, Ostermann T, Matthiessen PF (2007) Adaptive Coping and Spirituality as a Resource in Cancer Patients, In: Breast Care, 2: 195-202
- Büssing A, Michalsen A, Balzat H-J, Grünther R-A, Ostermann T, Neugebauer EAM, Matthiessen PF (2009) Are Spirituality and Religiosity Resources for Patients with Chronic Pain Conditions? In: Pain Medicine, 10 (2): 327-339
- Büssing A, Koenig HG (2010) Spiritual Needs of Patients with Chronic Diseases, In: Religions, 1: 18-27
- Büssing A, Janko A, Kopf A, Lux EA, Frick E (2012) Zusammenhänge zwischen psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen und Bewertung von Krankheit bei Patienten mit chronischen Erkrankungen, In: Spiritual Care. Zeitschrift für Spiritualität in den Gesundheitsberufen, 1 (1): 57-73
- Büssing A, Janko A, Baumann K, Hvidt NC, Kopf A (2013) Spiritual Needs among Patients with Chronic Pain Diseases and Cancer Living in a Secular Society, In: Pain Medicine, 14 (9): 1362-1373
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. (Hg.) (2005) Qualitätsanforderung zur Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Hospizarbeit, Niederzier
- Burgheim W (2006) Qualitätsentwicklung in der Hospizarbeit, In: Burgheim W (Hg.), Hospizarbeit – zurück in die Zukunft mit Qualität, Ideen und Profil, Forum Verlag Herkert, Merching, S. 71-90
- Buser K, Amelung VE, Schneider N (2008) German Community Pastors's Contact with Palliative Care Patients and Collaboration with Health Care Professionals, In: Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care, 4 (2): 85-100

- Charbonnier R (2008) Seelsorge in der Palliativversorgung, In: Wege zum Menschen, 60 (6): 512-528
- Clark D (1999) 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1976, In: Social Science & Medicine, 49: 727-736
- Clark D (Hg.) (2002) Cicely Saunders. Founder of the Hospice Movement. Selected Letters 1959-1999, Oxford University Press, New York
- Claxton-Oldfield S, Banzen Y (2010) Personality Characteristics of Hospice Palliative Care Volunteers: The "Big Five" and Empathy, In: American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 27 (6): 407-412
- Claxton-Oldfield S (2015) Hospice palliative care volunteers: The benefits for patients, family caregivers, and the volunteers, In: Palliative and Supportive Care, 13 (3): 809-813
- Clemm S, Jox RJ, Borasio GD, Roser T (2015) The role of chaplains in end-of-life decision making: Results of a pilot survey, In: Palliative and Supportive Care, 13: 45-51
- Cooper D, Aherne M, Pereira J (2010) The Competencies Required by Professional Hospice Palliative Care Spiritual Care Providers, In: Journal of Palliative Medicine, 13 (7): 869-875
- Dein S, Abbas SQ (2005) The stresses of volunteering in a hospice: a qualitative study, In: Palliative Medicine, 19: 58-64
- Deutsche Gesellschaft für Supervision e. V. (Hrsg.) (2011) Positionspapier Supervision und Ehrenamt, kassel university press, Kassel
www.dgsv.de/wp-content/uploads/2011/08/reihe_5_supervision-und-ehrenamt-2011.pdf, Zugriff am 4.8.2015
- DGP (Hg.) (2007) Spirituelle Begleitung in der Palliativversorgung. Konzept des Arbeitskreises Spirituelle Begleitung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin vom 10. Mai 2007,
www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/fachkompetenz/070709_Spirituelle_Begl_in_Pm_070510.pdf, Zugriff am 5.1.2015
- DGP (Hg.) (2009) Curriculum: Grundlagen der Palliativmedizin. Gegenstandskatalog und Lernziele für Studierende der Medizin, 2. Auflage

- DGP, DHPV, BÄK (Hg.) (2010) Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland
- Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (Hg.) (2010) Seelsorge in Palliative Care. Situationsanzeige und Empfehlungen zu kirchlich-diakonischem Handeln, Stuttgart, 2. Auflage
- Diekmann A (2007) Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen, Rowohlt Verlag, Reinbek
- Epstein-Peterson ZD, Sullivan AJ, Enzinger AC, Trevino KM, Zollfrank AA, Balboni MJ, VanderWeele TJ, Balboni TA (2015) Examining Forms of Spiritual Care Provided in the Advanced Cancer Setting, In: American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 32 (7): 750-757
- Engelke E (2012) Gegen die Einsamkeit Sterbender. Wie Kommunikation gelingen kann, Lambertus Verlag, Freiburg
- Farley V (2014) The Chaplain's Role. Where Aid in Dying is Legal, In: Health Progress, 95 (1): 11-13
- Fegg MJ, Kramer M, Stiefel F, Borasio GD (2008) Lebenssinn trotz unheilbarer Erkrankung? Die Entwicklung des Schedule for Meaning in Life Evaluation (SMiLE), In: Zeitschrift für Palliativmedizin, 9 (4): 238-245
- Ferrell B, Otis-Green S, Economou D (2013) Spirituality in Cancer Care at the End of Life, In: The Cancer Journal, 19 (5): 431-437
- Fleckinger S (2013) Ehrenamtlichkeit in Palliative Care. Zwischen hospizlich-palliativer Sorgeskultur und institutionalisierter Dienstleistung, Springer Verlag, Wiesbaden
- Frick E, Riedner C, Fegg M, Hauf S, Borasio GD (2005) A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences, In: European Journal of Cancer Care, 15 (3): 238-243
- Frick E, Roser T (Hg.) (2011) Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2. Auflage
- Gamondi C, Larkin P, Payne S (2013a) Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 1, In: European Journal of Palliative Care, 20 (2): 86-91

- Gamondi C, Larkin P, Payne S (2013b) Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 2, In: European Journal of Palliative Care, 20 (3): 140-145
- Gordon T, Mitchell D (2004) A competency model for the assessment and delivery of spiritual care, In: Palliative Medicine, 18: 646-651
- Gratz M, Roser T, Kittelberger F, Paal P (2015a) Evaluierung eines Spiritual-Care-Curriculums für Hospizbegleiter, In: Zeitschrift für Palliativmedizin, 16 (2): 57-64
- Gratz M, Mayer G, Weidemann A (2015b) Schulung ehrenamtlicher Hospizbegleiter, In: Bayerischer Hospiz- und Palliativverband e.V. (Hg.), Umsorgen – Hospiz- und Palliativarbeit praktisch, Band 1, Kohlhammer Verlag, Stuttgart
- Gratz M, Paal P, Emmelmann M, Roser T (2015c) Spiritual Care in the Training of Hospice Volunteers in Germany, In: Palliative & Supportive Care, angenommen
- Gratz M, Roser T (2016) Curriculum Spiritualität für ehrenamtliche Hospizbegleitung, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Haas M (2014) Nähe und Distanz. Professionelles Handeln in helfenden Beziehungen der sozialen Arbeit, Akademiker Verlag, Saarbrücken
- Habersetzer M, Schwenk G (2012) Spirituelle Begleitung hochbetagter Menschen, In: Fuchs C, Gabriel H, Raischl J, Steil H, Wohlleben U (Hg.), Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S. 206-211
- Hagen T, Roser T, Reigber H, Fittkau-Tönnemann B (2011) Qualifizierungskurs Palliative Care für Seelsorgende. Curriculum und Einführung, Münchner Reihe Palliative Care Band 5, Kohlhammer Verlag, Stuttgart
- Hagen T, Raischl J (2011) Allgemeine und spezielle Kompetenzen in Spiritual Care, In: Frick E, Roser T (Hg.), Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S. 285-292, 2. Auflage
- Hampton DM, Hollis DE, Dudley AL, Taylor J, McMillan SC (2007) Spiritual Needs of Persons With Advanced Cancer, In: American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 24 (1): S. 42-48

- Hanson LC, Dobbs D, Usher BM, Williams S, Rawlings J, Daaleman P (2008) Providers and Types of Spiritual Care during Serious Illness, In: Journal of Palliative Medicine, 11 (6): 907-914
- Hasemann W (2007) Unterstützung (pflegender) Angehöriger in der Palliative Care, In: Knipping C (Hg.), Lehrbuch Palliative Care, Verlag Hans Huber, Bern, S. 372-379, 2. Auflage
- Hauschildt E (1996) Alltagsseelsorge. Eine sozio-linguistische Analyse des pastoralen Geburtstagsbesuches, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Hauschildt E (2013) Zum Verhältnis von Spiritual Care und kirchlicher Seelsorge – ein Diskussionsbeitrag aus Deutschland ..., In: palliative ch. Zeitschrift der Schweiz. Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung, 4: 6-9
- Helffferich C (2011) Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung von qualitativen Interviews, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 4. Auflage
- Heller A (2013) Das perimortale Omnikompetenzsyndrom, In: Müller M, Pfister D (Hg.), Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 68-79, 2. Auflage
- Heller B, Heller A (2014) Spiritualität und Spiritual Care. Orientierungen und Impulse, Verlag Hans Huber, Bern
- Heller A, Pleschberger S, Fink M, Gronemeyer R (2012) Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland, der hospiz verlag, Ludwigsburg
- Heller B (2012) Wie Religionen mit dem Tod umgehen. Grundlagen für die interkulturelle Sterbebegleitung, Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau
- Henoch I, Strang S, Browall M, Danielson E, Melin-Johansson C (2015) Development of an existential support training program for healthcare professionals, In: Palliative & Supportive Care, 13 (6): 1701-1709
- Hermann CP (2007) The Degree to Which Spiritual Needs of Patients Near the End of Life Are Met, In: Oncology Nursing Forum, 24, 1: 70-78

- Hesse M, Nehen HG, Müller-Busch HC, Roser T (2014) Welche Rolle spielt Spiritualität in der Begleitung durch ehrenamtliche Hospizhelfer? Kongressbeitrag beim 10. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0034-1374154, Zugriff am 5.1.2015
- Hilpert K (2011) Spiritualität – esoterisches Gegenphänomen zu traditionell kirchlicher Frömmigkeit? In: Frick E, Roser T (Hg.), Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S. 58-65, 2. Auflage
- Hirsmüller S, Schröer M (2014) Interprofessionelle Teamarbeit als Ausgangspunkt für Palliativmedizin, In: Schnell MW, Schulz C (Hg.), Basiswissen Palliativmedizin, Springer Verlag, Heidelberg, S. 11-21, 2. Auflage
- Höver G, Schaeffer A (2009) Spiritualität und Menschenwürde in der Begleitung am Lebensende, In: Die Hospiz-Zeitschrift, 42 (4): 4-8
- Höver G (2011) Spiritualität, In: Bödiker ML, Graf G, Schimdbauer H, Hospiz ist Haltung. Kurshandbuch Ehrenamt, Ludwigsburg, S. 114-119
- Holder-Franz M (2012) "... dass du bis zuletzt leben kannst." Spiritualität und Spiritual Care bei Cicely Saunders, Theologischer Verlag Zürich
- Holland JM, Neimeyer RA (2005) Reducing the risk of burnout in end-of-life care settings: The role of daily spiritual experiences and training, In: Palliative and Supportive Care, 3: 173-181
- Johnson LS (2003) Facilitating Spiritual Meaning-Making for the Individual With a Diagnosis for a Terminal Illness, In: Counseling and Values, 47: 230-240
- Kalish N (2012) Evidence-based spiritual care: a literature review, In: Current Opinion in Supportive and Palliative Care, 6 (2): 242-246
- Kern M, Müller M, Aurnhammer K (Hg.) (2007) Basiscurriculum Palliative Care. Eine Weiterbildung für Pflegende in Palliative Care, Pallia Med Verlag, Bonn, 2. Auflage
- Klein C, Albani C (2011) Die Bedeutung von Religion für die psychische Befindlichkeit: Mögliche Erklärungsansätze und allgemeines Wirkmodell, In: Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler, 3 (1): 7-58

- Klein C, Berth H, Balck F (Hg.) (2011) Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze, Juventa Verlag, Weinheim / München
- Klessmann M (2004) Pastoralpsychologie. Ein Lehrbuch, Neukirchener Verlag, Neukirchen-Vluyn
- Klessmann M (2008) Seelsorge. Begleitung, Begegnung, Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens. Ein Lehrbuch, Neukirchener Verlag, Neukirchen-Vluyn
- Klessmann M (Hg.) (2013) Handbuch der Krankenhausseelsorge, Vandenhock & Ruprecht, Göttingen, 4. Auflage
- Koenig HG (2012) Spiritualität in den Gesundheitsberufen. Ein praxisorientierter Leitfaden, Kohlhammer Verlag, Stuttgart
- Koenig HG, McCullough ME, Larson DB (Hg.) (2001) Handbook of Religion and Health, Oxford University Press, New York
- Koenig M, Trittler S, Germany. Religious belonging and religious demography. Religious diversification (www.eurel.info/spip.php?rubrique89&lang=en, access 2014/10/21)
- Körtner UHJ (2011) Für einen mehrdimensionalen Spiritualitätsbegriff: Eine interdisziplinäre Perspektive, In: Frick E, Roser T, Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S. 26-34, 2. Auflage
- Kränzle S (2014) Kommunikation mit Sterbenden, In: Kränzle S, Schmid U, Seeger C (Hg.), Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung, Springer Verlag, Heidelberg, S. 113-120, 5. Auflage
- Kruse J (2011) Reader „Einführung in die qualitative Interviewforschung“, Freiburg, unveröffentlichtes Manuskript
- Kruse J (2014) Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz

- Ladenhauf KH, Unterrainer HF (2007) „Die Menschen brauchen Geschichten, um zu überleben!“ Religiosität und Spiritualität in der Auseinandersetzung mit Krankheit. Forschungsergebnisse der empirischen Religionspsychologie in ihrer Relevanz für die klinische Praxis, In: Arbeitskreis Spiritualität im Krankenhaus (Hg.), Texte zum Symposium „Dem Unaussprechlichen Resonanz geben“, Graz, S. 17-28
- Lavenburg P, Bernt FM (2012) Training and Supporting Hospice Volunteers: A Regional Survey, In: American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 29 (5): 355-361
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 1.0 (2015) AWMF-Registernummer: 1128/001OL, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html>, Zugriff am 23. Mai 2015
- Lillis BS (2014) Understanding the Complex Role of a Hospice Spiritual Counselor, In: American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 31 (4): 353-355
- Liu YJ (2014) A Proposal for a Spiritual Care Assessment Toolkit for Religious Volunteers and Volunteer Service Users, In: Journal of Religion and Health, 53 (5): 1414-1426
- Lloyd-Williams M, Cobb M, Shiels C, Taylor F (2006) How Well Trained Are Clergy in Care of the Dying Patient and Bereavement Support?, In: Journal of Pain and Symptom Management, 32 (1): 44-51
- Marie Curie Cancer Care (Hg.) (2003) Spiritual & Religious Care Competencies for Specialist Palliative Care, www.ahpcc.org.uk/wordpress/wp-content/uploads/2014/07/spiritcomp.pdf, Zugriff am 3. Januar 2015
- Mang H (2015) Vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft – Auswirkungen für Patienten und Ärzte, In: Büssing A, Surzykiewicz J, Zimowski Z (Hg.), Dem Guten tun, der leidet. Hilfe kranker Menschen – interdisziplinär betrachtet, Springer Verlag, Heidelberg, S. 139-152
- Marr LM, Billings JA, Weissman DE (2007) Spirituality Training for Palliative Care Fellows, In: Journal of Palliative Medicine, 10 (1): 169-177
- McSherry W, Jamieson S (2011) An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care, In: Journal of Clinical Nursing, 20: 1757-1767

- Meredith P, Murray J, Wilson T, Mitchell G, Hutch R (2012) Can Spirituality be Taught to Health Care Professionals?, In: Journal of Religion and Health, 51: 879-889
- Müller M (2005) The volunteer in palliative care – a clearly defined role, In: European Journal of Palliative Care, Plenary Lectures 9th Congress of European Association for Palliative Care, 12 (2) Supplement: 23-26
- Müller M (2007) Dem Sterben Leben geben. Die Begleitung sterbender und trauernder Menschen als spiritueller Weg, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, 3. Auflage
- Müller M, Heinemann W (2015) Ehrenamtliche Sterbebegleitung: Handbuch mit Übungsmodulen für Auszubildende, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2. Auflage
- Murken S, Müller C (2007) „Gott hat mich so ausgestattet, dass ich den Weg gehen kann.“ Religiöse Verarbeitungsstile nach der Diagnose Brustkrebs, In: Lebendiges Zeugnis, 62: 115-128
- Nassehi A (2011) Spiritualität. Ein soziologischer Versuch, In: Frick E, Roser T (Hg.), Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S. 35-44, 2. Auflage
- Nauer D (2015) Spiritual Care statt Seelsorge?, Kohlhammer Verlag, Stuttgart
- Nolan S, Saltmarsh P, Leget C (2011) Spiritual Care in palliative care: working towards an EAPC Task Force, In: European Journal of Palliative Care, 18 (2): 86-89
- Nulty DD (2008) The adequacy of response rates to online and paper surveys: what can be done?, In: Assessment & Evaluation in Higher Education, 33 (3): 308-314
- Okon TR (2005) Palliative Care Review. Spiritual, Religious, and Existential Aspects of Palliative Care, In: Journal of Palliative Medicine, 8, 2: 392-414
- Otterstedt C (2005) Der nonverbale Dialog. Für Begleiter von Schwerkranken, Schlaganfall-, Komapatienten und Demenz-Betroffenen mit Übungen zur Wahrnehmungssensibilisierung, Verlag modernes lernen, Dortmund

- Owen-Still S (1985) Spiritual caregiving. A philosophy for the volunteer-intensive hospice program, In: The American Journal of Hospice Care, 2 (2): 32-35
- Paal P (2014) Implementing spiritual care at the end of life: Germany, In: European Journal of Palliative Care, 21(2): 76-77
- Paal P, Roser T, Frick E (2014) Developments in Spiritual Care Education in German-speaking countries, In: BMC Medical Education, 5 (14): 112-118
- Paal P, Goodhead A, Leget C (2015a) EAPC Enquiry on Spiritual Care Education, In: European Journal of Palliative Care, 22 (2): 91-95
- Paal P, Helo Y, Frick E (2015b) Spiritual care training provided to healthcare professionals: a systematic review, In: The Journal of Pastoral Care & Counseling, 69 (1): 19-30
- Parry SB (1996) The quest for competencies, In: Training 33 (7): 48-56
- Peng-Keller S (2014) Zur Herkunft des Spiritualitätsbegriffs, In: Spiritual Care. Zeitschrift für Spiritualität in den Gesundheitsberufen, (1): 36-47
- Peng-Keller S (2015) Spiritual Care – sorgende und kontemplative Praxis. Bericht zum Vortrag bei der Tagung der IGGS „Spirituell und professionell – Spiritual Care als Kompetenz für Gesundheitsberufe“, In: Spiritual Care. Zeitschrift für Spiritualität in den Gesundheitsberufen, 4 (1): 85-88
- Penderell A, Brazil K (2010) The spirit of palliative practice: A qualitative inquiry into the spiritual journey of palliative care physicians, In: Palliative and Supportive Care, 9: 415-420
- Penman J (2012) Motivations driving spiritual engagement based on a phenomenological study of spirituality amongst palliative care clients and caregivers, In: Journal of Nursing Education and Practice, 2 (3): 135-147
- Pesut B (2003) Developing Spirituality in the Curriculum: Worldviews, Intrapersonal Connectedness, Interpersonal Connectedness, In: Nursing Education Perspectives, 24 (6): 290-294

- Phelps AC, Lauderdale KE, Alcorn S, Dillinger J, Balboni MT, Van Wert M, VanderWeele TJ, Balboni TA (2012) Addressing Spirituality Within the Care of Patients at the End of Life: Perspectives of Patients With Advanced Cancer, Oncologists, and Oncology Nurses, In: Journal of Clinical Oncology, 30 (20): 2538-2544
- Planalp S, Trost MR (2008) Communication Issues at the End of Life: Reports from Hospice Volunteers, In: Health Communication, 23 (3): 222-233
- Planalp S, Trost MR, Berry PH (2011) Spiritual Feasts: Meaningful Conversations between Hospice Volunteers and Patients, In: American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 28 (7): 483-486
- Pleschberger S (2007) Die historische Entwicklung von Hospizarbeit und Palliative Care, In: Knipping C (Hg.), Lehrbuch Palliative Care, Hans Huber Verlag, Bern, S. 24-29, 2. Auflage
- Przyborski A, Wohlrab-Sahr M (2010) Qualitative Sozialforschung, Oldenbourg Wissenschaftsverlag, München
- Puchalski C, Larson DB (1998) Developing Curricula in Spirituality and Medicine, In: Academic Medicine, 73 (9): 970-974
- Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, Chochinov H, Handzo G, Nelson-Becker H, Prince-Paul M, Pugliese K, Sulmasy D (2009) Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference, In: Journal of Palliative Medicine, 12 (10): 885-904
- Raab M (2005) Training Spiritual Care Volunteers. An Indiana Program Teaches Participants How to Help People Caught in Crisis, In: Health Progress, 86 (6): 60-61
- Radbruch L, Payne S, et al. (2010) White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care, In: European Journal of Palliative Care, 17 (1): 22-33
- Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.04.2010

- Raischl J (2011) Aspekte von Spiritual Care in der ambulanten Hospizarbeit, In: Frick E, Roser T (Hg.), Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen, Stuttgart, S. 293-300, 2. Auflage
- Roser T (2007) Spiritual Care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhausseelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang, Kohlhammer Verlag, Stuttgart
- Roser T, Borasio GD (2008) Der Tod als Rahmenbedingung. Spiritual Care in der Palliativmedizin, In: Praktische Theologie, 43: 43-51
- Roser T (2009) Vierte Säule im Gesundheitswesen? Dienstleistungen der Seelsorge im Kontext des Sterbens, In: Thomas G, Karle I (Hg.), Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S. 580-592
- Roser T (2011) Innovation Spiritual Care: Eine praktisch-theologische Perspektive, In: Frick E, Roser T (Hg.), Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2. Auflage, S. 45-55
- Roser T (2012) Spiritualität und Gesundheit. Überlegungen zur Bedeutung eines unbestimmbaren Begriffs im interdisziplinären Diskurs, In: Kunz R, Kohli Reichenbach C (Hg.), Spiritualität im Diskurs. Spiritualitätsforschung in theologischer Perspektive, Theologischer Verlag Zürich, S. 227-240
- Roser T, Gratz M (2014) Spiritualität in der Sterbebegleitung, In: Kränzle S, Schmid U, Seeger C (Hg.), Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung, Springer Verlag, Heidelberg, S. 57-63, 5. Auflage
- Roser T (2015) Spiritual Care: Der Wirt in seiner institutionellen und ökonomischen Herausforderung, In: Büssing A, Surzykiewicz J, Zimowski Z (Hg.), Dem Guten tun, der leidet. Hilfe kranker Menschen – interdisziplinär betrachtet, Springer Verlag, Heidelberg, S. 163-165
- Roß J (2008) Unterwegs zu einer Spiritualität in Organisationen, In: Die Hospiz-Zeitschrift, 38 (4): 4-8
- Sabatowski R, Graf G (2012) Stationäre Einrichtungen, ambulante Palliativ- und Hospizdienste, In: Aulbert E, Nauck F, Radbruch L (Hg.), Lehrbuch der Palliativmedizin, Schattauer, Stuttgart, 3. Auflage, S. 108-123

- Saunders C (2001) The evolution of palliative care, In: Journal of the Royal Society of Medicine, 94 (9): 430–432
- Scherwitz L, Pullman M, McHenry P, Gao B, Ostaseski F (2006) A Contemplative Care Approach to Training and Supporting Hospice Volunteers: A Prospective Study of Spiritual Practice, Well-Being, and Fear of Death, In: Explore, 2 (4): 304-313
- Schloz R (2000) Spuren des Glaubens. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage, In: Matthes J (Hg.), Fremde Heimat Kirche – Erkundungsgänge. Beiträge und Kommentare zur dritten EKD-Untersuchung über Kirchenmitgliedschaft, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, S. 345 -364
- Schölper E (Hg. im Auftrag des Gemeindegremiums der VELKD) (2007) Sterbende begleiten lernen. Das Celler Modell zur Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Sterbebegleitung, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, (erstmalig erschienen 1993 unter dem Titel „Verlass mich nicht, wenn ich schwach werde“), 2. Auflage
- Schulz von Thun F (1981) Miteinander Reden. Band 1, Störungen und Klärungen, Allgemeine Psychologie der Kommunikation, Rowohlt Verlag GmbH, Reinbek
- Seeger C (2014) Leitlinien von Palliative Care, In: Kränzle S, Schmid U, Seeger C (Hg.), Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung, Springer Verlag, Heidelberg, S. 15-20, 5. Auflage
- Sévigny A, Cohen SR, Dumont S, Frappier A (2010) Making sense of health and illness in palliative care: Volunteers' perspectives, In: Palliative and Supportive Care, 8: 325-334
- Sollmann U (2013) Einführung in Körpersprache und nonverbale Kommunikation, Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg
- Steffen-Bürgi B (2007) Reflexionen zu ausgewählten Definitionen der Palliative Care, In: Knipping C (Hg.), Lehrbuch Palliative Care, Verlag Hans Huber, Bern, S. 30-38, 2. Auflage
- Steinforth T (2013) Wie kommt Spiritualität in die Organisation? In: Spiritual Care. Zeitschrift für Spiritualität in den Gesundheitsberufen, 2 (3): 8-20

- Steinmann RM (2011) Zur Begriffsbestimmung von Spiritualität – eine experimentelle, integrativ-abgleichende Gegenüberstellung von zwei Definitionen, In: Büssing A, Kohls N (Hg.), Spiritualität transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Spiritualität, Springer Verlag, Berlin Heidelberg, S. 37-51
- Strang S, Henoch I, Danielson E, Browall M (2014) Melin-Johansson C Communication about existential issues with patients close to death--nurses' reflections on content, process and meaning, In: Psychooncology, 23 (5): 562-568
- Student J-C, Mühlum A, Student U (2007) Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care, Ernst Reinhardt Verlag, München, S. 61-64, 2. Auflage
- Surbone A, Baider L (2010) The spiritual dimension of cancer care, In: Critical Reviews in Oncology / Hematology, 73: 228-235
- Tan HM, Grief M, Couns PC, Ed GD, Braunack-Mayer A, Beilby J (2005) The Impact of the Hospice Environment on Patient Spiritual Expression, In: Oncology Nursing Forum, 32 (5): 1049-1055
- Udo C, Melin-Johansson C, Henoch I, Axelsson B, Danielson E (2014) Surgical nurses's attitudes towards caring for patients dying of cancer – a pilot study of an educational intervention on existential issues, In: European Journal of Cancer Care, 23 (4): 426-440
- Utsch M, Klein C (2011) Religion, Religiosität, Spiritualität. Bestimmungsversuche für komplexe Begriffe, In: Klein C, Berth H, Balck F (Hg.), Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze, Beltz Verlag, Weinheim / München, S. 25-45
- Vachon M, Fillion L, Achille M (2009) A Conceptual Analysis of Spirituality at the End of Life, Journal of Palliative Medicine, 12 (1): S. 53-59
- Vallurupalli M, Lauderdale K, Balboni MJ, Phelps AC, Block SD, Ng AK, Kachnic LA, VanderWeele TJ, Balboni TA (2012) The Role of Spirituality and Religious Coping in the Quality of Life of Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Radiation Therapie, In: The Journal of Supportive Oncology, 10 (2): 81-87
- Wasner M, Longaker C, Fegg M, Borasio GD (2005) Effects of spiritual care training for palliative care professionals, In: Palliative Medicine, 19: 99-104

- Watzlawik P, Beavin JH, Jackson DD (2011) Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien, Verlag Hans Huber, Bern, 12. Auflage
- Weiher E (2009a) Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben und Tod. Eine Grammatik für Helfende, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2. Auflage
- Weiher E (2009b) Spirituelle Ressourcen der Patienten erschließen, In: Heller B, Heller A (Hg.), Spiritualität und Spiritual Care: Das Jahressheft Praxis Palliative Care / demenz, Vincentz Network, Hannover, 1: 22
- Weiher E (2012) Spirituelle Begleitung in der Palliativmedizin, In: Aulbert E, Nauck F, Radbruch L (Hg.), Lehrbuch der Palliativmedizin, Stuttgart, S. 1149-1172, 3. Auflage
- Weingardt BM (2012) Faszination Körpersprache. Was wir ohne Worte alles sagen, SCM-Verlag, Witten, 2. Auflage
- Wesley C, Tunney K, Duncan E (2004) Educational needs of hospice social workers: Spiritual assessment and interventions with diverse populations, In: American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 21 (1): 40-46
- Wilson PE (2000) Hospice volunteer training: Making the experience more meaningful, In: American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 17 (2): 107-110
- Wilson DM, Justice C, Thomas R, Sheps S, MacAdam M, Brown M (2005) End-of-life care volunteers: a systematic review of the literature, In: Health Services Management Research, 18 (4): 244-257
- Winter-Pfändler U, Flannelly KJ (2013) Patients' Expectations of Healthcare Chaplaincy: A Cross-Sectional Study in the German Part of Switzerland, In: Journal of Religion and Health, 52: 159-168
- Worthington DL (2008) Communication Skills Training in a Hospice Volunteer Training Program, In: Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care, 4 (1): 17-37
- Wright MC (2001) Chaplaincy in hospice and hospital: findings from a survey in England and Wales, In: Palliative Medicine, 15: 229-242

- Yardley SJ, Walshe CE, Parr A (2009) Improving training in spiritual care: a qualitative study exploring patient perceptions of professional educational requirements, In: Palliative Medicine, 23: 601-607
- Yilmaz M, Gurler H (2014) The efficacy of integrating spirituality into undergraduate nursing curricula, In: Nursing Ethics, 21 (8): 929-945
- Zaun S (2002) Psychometrische Überprüfung und Weiterentwicklung des ‚Dealing with Illnes Inventory – Revised‘ an einer Stichprobe aus einer onkologischen Rehabilitationspraxis (Dissertation), Hamburg
- Zollfrank AA, Trevino KM, Cadge W, Balboni MJ, Thiel MM, Fitchett G, Gallivan K, VanderWeele T, Balboni TA (2015) Teaching Health Care Providers To Provide Spiritual Care: A Pilot Study, In: Journal of Palliative Medicine, 18 (5): 408-414
- Zwingmann C, Moosbrugger H (Hg.) (2004) Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung, Waxmann Verlag, Münster
- Zwingmann C, Klein C (2012) Deutschsprachige Fragebögen zur Messung von Religiosität / Spiritualität. Stellenwert, Klassifikation und Auswahlkriterien, In: Spiritual Care. Zeitschrift für Spiritualität in den Gesundheitsberufen, 1 (3): 7-21
- Zwingmann C, Klein C (2013) Sind religiöse Menschen gesünder, und wenn ja, warum? Ergebnisse empirisch-sozialwissenschaftlicher Forschung, In: Spiritual Care. Zeitschrift für Spiritualität in den Gesundheitsberufen, 2 (2): 21-36

Anhang: Fragebögen und Interviewleitfaden

Stufe I: Fragebogen

A) ALLGEMEINE ANGABEN ZUM HOSPIZDIENST

1. ANGABEN ZUM HOSPIZDIENST

1.1 In welcher Stufe ist Ihr Hospizdienst eingeordnet?

- ☐ Stufe 1: Ambulante Hospizinitiative und Hospizgruppe (AHI)
- ☐ Stufe 2: Ambulanter Hospizdienst (AHD)
- ☐ Stufe 3: Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst (AHPB)
- ☐ Stufe 4: Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Pflegedienst (AHPP)
- ☐ Andere Form des Dienstes ohne ehrenamtliche Hospizbegleiter/innen

1.2 In welcher Trägerschaft befindet sich der Hospizdienst?

- ☐ e.V. (eingetragener Verein)
- ☐ AWO
- ☐ Caritas
- ☐ Diakonie / Innere Mission
- ☐ Johanniter
- ☐ Malteser
- ☐ Rotes Kreuz
- ☐ Gruppierung, die als loser Zusammenschluss existiert oder an eine andere Einrichtung (z.B. eine Kirche, eine andere soziale Institution, etc.) angegliedert ist und keine eigene Rechtsform hat
- ☐ andere Trägerschaft:

1.3 Zu welchem Bundesland gehört der Hospizdienst?

1.4 Ist der Hospizdienst Mitglied im Landesverband Hospiz/Palliativ?

- ☐ ja
- ☐ nein

1.5 Erhält der Hospizdienst eine Förderung nach §39a SGB V?

- ☐ ja
- ☐ nein

2. ANGABEN ZUR ZAHL DER EHRENAMTLICHEN SOWIE ZUR ZAHL DER BEGLEITUNGEN UND BERATUNGEN

2.1 Wie viele aktive, geschulte, einsatzbereite Ehrenamtliche arbeiteten in Ihrem Dienst patientenbezogen (in der Begleitung) Ende 2011?

0-10

2.2 Wie viele Ehrenamtliche arbeiteten in Ihrem Dienst patientenfern (Öffentlichkeitsarbeit, Vorstandsarbeit, Fundraising, etc.) Ende 2011?

0-10

2.3 Wie viele abgeschlossene ehrenamtliche Begleitungen wurden im Kalenderjahr 2011 geleistet?

0-10

2.4 Wie viele ehrenamtliche Begleitungen waren am Jahresende 2011 noch am Laufen?

0-10

2.5 Wie viele palliative Beratungen ohne Ehrenamt wurden im Kalenderjahr 2011 geleistet?

0-10

3. WELCHE BERUFSGRUPPEN ERFÜLLEN EHRENAMTLICH PATIENTENFERNE AUFGABEN (ÖFFENTLICHKEITSARBEIT, VORSTANDSARBEIT, FUNDRAISING, ETC.)?

☐ Juristen

☐ Theologen

☐ Psychologen

☐ (Sozial-)Pädagogen

☐ Ärzte

☐ Arzthelfer/innen

☐ Andere:

4. QUALIFIKATION UND ANSTELLUNGSVERHÄLTNIS DER KOORDINATION

KOORDINATOR/IN 1:

Alter:

20-29

Geschlecht:

w

In Hospiz/ Palliativbereich insgesamt tätig seit:

(nur das Jahr)

Berufsausbildung / Studium:

☐ Pflege

☐ Sozialarbeit / Sozialpädagogik

☐ Psychologie

☐ Theologie

☐ Arzthelfer

☐ Medizin

☐ Soziologie

☐ Andere:

Palliative Care Weiterbildung
(der Abschluss darf auch noch offen und in der Zukunft liegen):

- ☐ Palliative Care für Pflegende: Basiskurs (160 UStd)
- ☐ Palliative Care für Pflegende: Palliative Praxis (40 UStd)
- ☐ Basiskurs Palliative Care für Psychosoziale Berufsgruppen (120 UStd)
- ☐ Palliativmedizin: Basiskurs (40 UStd)
- ☐ Palliativmedizin: Fachweiterbildung (160 UStd)
- ☐ Palliative Care für Seelsorgende (120 UStd)
- ☐ Aufbaukurs Palliative Care
- ☐ keine (auch nicht in Planung)
- ☐ Andere:

Aktuelle Anstellungsbasis:

- ☐ ehrenamtlich
- ☐ mit Aufwandsentschädigung
- ☐ auf geringfügiger Beschäftigungsbasis (bis zu 400-Euro-Stelle)
- ☐ auf Festanstellung
- ☐ auf Honorarbasis

Stellenumfang:

Stunden pro Woche

seit

(nur das Jahr)

Gibt es in Ihrem Hospizdienst noch weitere Koordinatoren?

- ☐ ja
- ☐ nein

B) SPIRITUALITÄT UND SPIRITUAL CARE IN DER AMBULANTEN HOSPIZARBEIT

5. THEMATISIERUNG DER SPIRITUALITÄT IM KURS ZUM/R EHRENAMTLICHEN HOSPIZBEGLEITER/IN

Der Begriff „Kurs“ wird im Weiteren verwendet für Schulung, Vorbereitungskurs, Grund- und Aufbaukurs, Befähigungskurs und andere Bezeichnungen, welche die Vorbereitung der ehrenamtlichen Hospizbegleiter auf ihren Dienst ausdrücken.

5.1 Das Themenfeld der Spiritualität

- ☐ bildet die Basis des gesamten Kurses und wird auf verschiedene Weise im Kurs behandelt
- ☐ wird im Rahmen anderer Themen gelegentlich eingebracht
- ☐ wird in unserem Kurs nicht behandelt
- ☐ wird bei uns als abgeschlossene Themeneinheit unterrichtet und umfasst Unterrichtsstunden à 45 Minuten (Anzahl):

5.2 Wer unterrichtet das Themenfeld der Spiritualität im Kurs?

- ☐ Interner Referent: Koordinator/in 1
- ☐ Interner Referent: Koordinator/in 2
- ☐ Interner Referent: Koordinator/in 3
- ☐ Interner Referent: Koordinator/in 4
- ☐ Interner Referent: Koordinator/in 5
- ☐ Interner Referent: Koordinator/in 6
- ☐ Interner Referent: andere zum Hospizdienst gehörige Person
- ☐ Externer Referent

5.3 Worin besteht die Kompetenz des Referenten in diesem Bereich?

Unser Referent

- ☐ ist Gemeindegeseelsorger/in
- ☐ ist Altenheim- oder Krankenhausseelsorger/in
- ☐ ist Theologe/in
- ☐ hat Erfahrung in Hospiz- / Palliativarbeit
- ☐ hat Hospiz- / Palliativkompetenzen durch einen Kurs / ein Seminar erworben
- ☐ hat nachgewiesene Aus- / Weiterbildung im Hospiz- / Palliativbereich mit mindestens 40 Unterrichtsstunden
- ☐ hat eine themenbezogene Fortbildung in Spiritualität / spiritual care absolviert
- ☐ ist eingebunden in die praktische Arbeit des Hospizdienstes vor Ort
- ☐ hat eine sonstige Qualifikation:

5.4 Die Festlegung des Unterrichtsziels des Themenfeldes wird bestimmt durch

- ☐ Träger des Hospizdienstes
- ☐ Kursleitung
- ☐ Referenten
- ☐ ist ungeklärt

6. EIGENE SPIRITUALITÄT DER KURSTEILNEHMER/INNEN

6.1 Wie wichtig ist es Ihnen, dass

	überhaupt nicht wichtig										sehr wichtig
die Kursteilnehmer/innen ihre eigene Spiritualität reflektieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.2 Gibt es im Kurs Raum für Reflexion der eigenen Spiritualität?

- ☐ ja
- ☐ nein

6.3 Wird im Kurs behandelt, was unter Spiritualität verstanden wird?

- ☐ ja
- ☐ nein

6.4 Wird eine bestimmte Definition von Spiritualität gelehrt?

- ☐ Definition der DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin)
- ☐ Definition des EAPC (European Association for Palliative Care)
- ☐ eigenes Verständnis des Trägers
- ☐ eigene Definition des Referenten
- ☐ keine bestimmte Definition
- ☐ Einbeziehung des persönlichen Spiritualitäts-Verständnisses der Kursteilnehmer/innen
- ☐ Andere:

7. AUFGABEN DER HOSPIZBEGLEITER/INNEN IN BEZUG AUF SPIRITUAL CARE

7.1 Wie schätzen Sie die

	überhaupt keine Bedeutung										sehr hohe Bedeutung
Bedeutung von spiritual care in der Tätigkeit der ehrenamtlichen Hospizbegleiter/innen ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.2 Wie wichtig ist es Ihnen, dass

	überhaupt nicht wichtig										sehr wichtig
im Kurs die Aufgaben von spiritual care durch Hospizbegleiter/innen vermittelt werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.3 Werden die Aufgaben von Hospizbegleiter/innen in Bezug auf spiritual care im Kurs behandelt?

- ☐ ja
- ☐ nein

7.4 Gibt es in Ihrem Hospizdienst eine klare Beschreibung der Aufgaben von Hospizbegleiter/innen in Bezug auf spiritual care?

- ☐ ja
- ☐ nein

8. BEDARF AN WEITERBILDUNG (NACH ABSCHLUSS DES KURSES) ZUM THEMA SPIRITUALITÄT UND SPIRITUAL CARE FÜR EHRENAMTLICHE HOSPIZBEGLEITER/INNEN

8.1 Wie hoch schätzen Sie den

überhaupt
kein
Bedarf

sehr
hoher
Bedarf

Bedarf an
Weiterbildung (nach
Abschluss des
Kurses) zum Thema
Spiritualität und
spiritual care für
ehrenamtliche
Hospizbegleiter/innen
ein?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

8.2 Gibt es Weiterbildungen (nach Abschluss des Kurses) zum Thema Spiritualität und spiritual care für ehrenamtliche Hospizbegleiter/innen?

- ☐ ja
☐ nein

9. BEFINDET SICH IHR HOSPIZDIENST IN EINER KONFESSIONSGEBUNDENEN TRÄGERSCHAFT?

- ☐ ja
☐ nein

9.1 Ist es Ihnen wichtig, dass die ehrenamtlichen Hospizbegleiter/innen der Konfession des Trägers positiv gegenüberstehen?

- ☐ ja
☐ nein

9.2 Ist Ihnen die Erkennbarkeit der Konfessionalität des Trägers in der praktischen Arbeit der ehrenamtlichen Hospizbegleiter/innen wichtig?

- ☐ ja
☐ nein

10. GIBT ES IN IHRER PRAKTISCHEN ARBEIT EINE ZUSAMMENARBEIT MIT VERTRETERN EINER RELIGIONSGEMEINSCHAFT?

- ☐ Ja: Wir sind vernetzt mit Seelsorgern einer Kirchengemeinde / Vertretern einer nicht-christlichen Religion und kontaktieren diese bei Bedarf: 1)
- ☐ Ja: Wir haben eine andere Verbindung zu einem Seelsorger / Vertreter einer nicht-christlicher Religion: 2)
- ☐ Ja: Wir haben (eine) feste Kooperation(en).
- ☐ Ja: Seelsorger / Vertreter nicht-christlicher Religion ist / sind in den Hospizdienst eingebunden (z.B. als Vorstand im e.V., als Geschäftsführer im Wohlfahrtsverband, ehrenamtlich engagiert, Gründungsmitglied, etc.).
- ☐ Nein. Warum nicht?

1): Falls Sie mit Seelsorgern einer Kirchengemeinde / Vertretern einer nicht-christlichen Religion vernetzt sind: Wie erfolgt die Kontaktaufnahme?

2): Falls Sie zu einem Seelsorger / Vertreter einer nicht-christlichen Religion eine andere Verbindung haben: Welche ist das?

11. GIBT ES NOCH ETWAS, WAS SIE BEZÜGLICH SPIRITUALITÄT UND SPIRITUAL CARE IM HOSPIZDIENST SAGEN MÖCHTEN?

D) KURS ZUM/R EHRENAMTLICHEN HOSPIZBEGLEITER/IN

17. FÜHREN SIE IN IHRER EINRICHTUNG DIE KURSE ZUM/R HOSPIZBEGLEITER/IN SELBST DURCH?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

17.1 Wird der Kurs zum/r Hospizbegleiter/ihn von einer Kursleitung verantwortet und geleitet?

- ☐ Nein, wir bieten Kurse an, haben aber keine Kursleitung.
- ☐ Ja, die Kursleitung wird geleistet durch Koordinator/in 1
- ☐ Ja, die Kursleitung wird geleistet durch Koordinator/in 2
- ☐ Ja, die Kursleitung wird geleistet durch Koordinator/in 3
- ☐ Ja, die Kursleitung wird geleistet durch Koordinator/in 4
- ☐ Ja, die Kursleitung wird geleistet durch Koordinator/in 5
- ☐ Ja, die Kursleitung wird geleistet durch Koordinator/in 6
- ☐ Ja, die Kursleitung wird geleistet durch andere Person, die zum Hospizdienst gehört
- ☐ Ja, die Kursleitung wird geleistet durch externen Kursleiter auf Honorarbasis
- ☐ Ja, die Kursleitung wird geleistet durch externen Kursleiter ehrenamtlich, unentgeltlich (z.B. gegen Spendenquittung)
- ☐ Ja, die Kursleitung wird geleistet durch:

17.2 Welche Qualifikation hat/haben die Kursleitung/en?

- ☐ keine
- ☐ Multiplikatorentraining für Hospizarbeit und Palliative Care
- ☐ Kursleiterseminar zur Vorbereitung von Hospizbegleiter/innen
- ☐ andere pädagogische, nicht hospizspezifische Ausbildung / Schulung
- ☐ andere Schulung zur Konzipierung / Gestaltung von Unterricht im Hospiz/Palliativbereich:

7.3 Wer gestaltet die Unterrichtseinheiten?

- ☐ Interner Referent: Koordinator/in 1
- ☐ Interner Referent: Koordinator/in 2
- ☐ Interner Referent: Koordinator/in 3
- ☐ Interner Referent: Koordinator/in 4
- ☐ Interner Referent: Koordinator/in 5
- ☐ Interner Referent: Koordinator/in 6
- ☐ Interner Referent: andere zum Hospizdienst gehörige Person/en
- ☐ Externe/r Referent/en

17.4 Schulen Sie nach einem konkreten Kursmodell?

Wir

- ☐ verwenden das Celler Modell (Sterbende begleiten lernen) in der vorgegebenen Fassung
- ☐ verwenden das Celler Modell (Sterbende begleiten lernen) in einer minimal abgewandelten Fassung
- ☐ verwenden das Celler Modell (Sterbende begleiten lernen) in einer stark veränderten Fassung
- ☐ stellen das Kurskonzept selbst zusammen
- ☐ verwenden ein anderes publiziertes Modell:

Sind die Ziele, die mit dem Kurs insgesamt erreicht werden sollen, innerhalb Ihres Hospizdienstes erfasst und beschrieben?

- ☐ ja
- ☐ nein

Sind die einzelnen Unterrichtsziele für die einzelnen Themen erfasst und beschrieben?

- ☐ ja
- ☐ nein

Werden die für das jeweilige Thema beschriebenen Unterrichtsziele dem (externen) Referenten konkret vorgegeben?

- ☐ ja
- ☐ nein

17.5 Worauf greifen Sie bei der Methodenauswahl zurück?

	überwiegend	teilweise	gar nicht	weiß nicht
Handreichung für Multiplikatoren (Monika Müller und Wolfgang Heinemann)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Palliative Care lehren lernen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Hamburger Kursprogramm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Celler Modell (Sterbende begleiten lernen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere publizierte Methodensammlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wir verwenden selbst entwickelte Methoden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Falls Sie eine andere publizierte Methodensammlung verwenden: Wie heißt diese?

**17.6 Wir führen selbst keine Kurse durch und lassen die Hospizbegleiter/innen durch eine andere Einrichtung schulen.
Welche Aspekte treffen zu?**

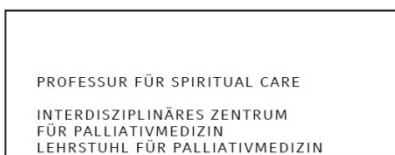
- ☐ Uns liegt das Kurskonzept dieser Einrichtung vor und wir sind damit einverstanden
- ☐ Der Kursanbieter hat einen guten Ruf
- ☐ Der Kurs des Anbieters ist anerkannt nach §39a SGB V
- ☐ Es gab positive Rückmeldungen bisheriger Teilnehmer/innen
- ☐ Die Referenten / Kursleitung sind / ist uns persönlich bekannt
- ☐ Es besteht eine Kooperation mit dem Kursanbieter

18. GIBT ES NOCH ETWAS, WAS SIE BEZÜGLICH DES KURSES ZUM/R HOSPIZBEGLEITER/IN SAGEN MÖCHTEN?

Stufe II: Interviewleitfaden

Impulsfrage	halbstrukturierte Nachfragen	Vertiefungsfragen
<p>Was ist Ihnen wichtig, wenn Sie an den Themenkomplex Spiritualität in der Schulung der Hospizbegleiter denken?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Was wäre Ihr Ziel mit diesem Themenkomplex? • Was meinen Sie muss im Unterricht vorkommen? • Wie kann man eigentlich Spiritualität lehren? • Was sind Ihre Erfahrungen mit den Dozenten? 	<ul style="list-style-type: none"> • Was sollen TN lernen? • Was sind die Unterrichtsziele? • Welchen konkreten Themen spielen im Zusammenhang von Spiritualität eine Rolle? • Erzählen Sie aus Ihrer Erfahrung, wie Sie das Thema vermitteln. Vielleicht können Sie es an einem Beispiel deutlich machen. • Wie wählen Sie Ihre Referenten / Dozenten aus? (Kriterien, wo finden Sie diese...)

Stufe III: Fragebogen



A) AM ANFANG DES KURSES

1. Als Teilnehmer/innen sind Sie in unterschiedlichen Rollen in dieser Schulung und bringen unterschiedliche Erfahrungen mit.
Welche der folgenden Aussagen treffen auf Sie zu?

(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Ich unterrichte das Thema „Spiritualität / Religiosität“ in unserem Dienst und bringe bezüglich dieses Themas Kurserfahrung mit.
- ☐ Ich unterrichte das Thema „Spiritualität / Religiosität“ nicht selbst, habe aber mit der Schulung der Hospizbegleiter zu tun (z.B. als Kursleitung oder Referent/in zu anderen Themen oder Beauftragte/r zur Organisation von Schulungen).
- ☐ Wir haben in unserem Hospizdienst noch kein eigenes Kurskonzept zum Thema „Spiritualität / Religiosität“.
- ☐ Wir haben ein Kurskonzept und ich suche neue Anregungen für die Gestaltung des Themas „Spiritualität / Religiosität“.
- ☐ Anderes: _____

B) AM ENDE DES ERSTEN TAGES

1. Ihnen wurden im Verlauf des Tages verschiedene Inhalte zum Thema „Spiritualität / Religiosität“ vorgestellt. Wie beurteilen Sie den UMFANG des Unterrichts zu dem jeweiligen Inhalt?

Der UNTERRICHTSUMFANG je Thema ist für Hospizbegleiter	zu wenig	ange- messen	Zu viel	Der Inhalt passt besser an einer anderen Stelle des gesamten Vorbereitungskurses für Hospizbegleiter
Thema 1: Definition von Spiritualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 2: Spirituelle Bedürfnisse Sterbender und Angehöriger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 3: Spiritualität und existenzielle Krisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 4: Spiritualität und Lebenssinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 5: Spiritualität in Religion(en) und Kultur(en)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 6: Umgang mit Leid und religiöses Coping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 7: Spiritual Care: Grundsätzliches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Halten Sie die INHALTE für zielführend?

	Ja	Nein
Thema 1: Definition von Spiritualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 2: Spirituelle Bedürfnisse Sterbender und Angehöriger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 3: Spiritualität und existenzielle Krisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 4: Spiritualität und Lebenssinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 5: Spiritualität in Religion(en) und Kultur(en)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 6: Umgang mit Leid und religiöses Coping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 7: Spiritual Care: Grundsätzliches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn nein, warum nicht? _____

3. Halten Sie die METHODEN zur Vermittlung der verschiedenen Inhalte für zielführend?

	Ja	Nein
Thema 1: Definition von Spiritualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 2: Spirituelle Bedürfnisse Sterbender und Angehöriger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 3: Spiritualität und existenzielle Krisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 4: Spiritualität und Lebenssinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 5: Spiritualität in Religion(en) und Kultur(en)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 6: Umgang mit Leid und religiöses Coping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 7: Spiritual Care: Grundsätzliches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn nein, warum nicht? _____

4. Was wären aus Ihrer Sicht die wichtigsten UNTERRICHTSZIELE, die bei den Hospizbegleiter/innen erreicht werden müssten?

Thema 1: Definition von Spiritualität:

Thema 2: Spirituelle Bedürfnisse Sterbender und Angehöriger:

Thema 3: Spiritualität und existenzielle Krisen:

Thema 4: Spiritualität und Lebenssinn:

Thema 5: Spiritualität in Religion(en) und Kultur(en):

Thema 6: Umgang mit Leid und religiöses Coping:

Thema 7: Spiritual Care: Grundsätzliches:

5. Welche Anregungen haben Sie darüber hinaus?

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

C) AM ENDE DES KURSES

1. Wie beurteilen Sie den UMFANG des Unterrichts zu den jeweiligen Inhalten, die Ihnen heute vorgestellt wurden?

Der UNTERRICHTSUMFANG je Thema ist für Hospizbegleiter	zu wenig	ange- messen	zu viel	Der Inhalt passt besser an einer anderen Stelle des gesamten Vorbereitungs- kurses für Hospizbegleiter
Thema 8: Spiritual Care: Gespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 9: Spiritual Care: Grundhaltung „Dasein und Aushalten“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 10: Spiritual Care: Team- aufgabe durch Vermittlung an Seelsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 11: Spiritual Care: Rituale und Kreativität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Halten Sie die INHALTE für zielführend?

	Ja	Nein
Thema 8: Spiritual Care: Gespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 9: Spiritual Care: Grundhaltung „Dasein und Aushalten“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 10: Spiritual Care: Teamaufgabe durch Vermittlung an Seelsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 11: Spiritual Care: Rituale und Kreativität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn nein, warum nicht? _____

3. Halten Sie die METHODEN zur Vermittlung der verschiedenen Inhalte für zielführend?

	Ja	Nein
Thema 8: Spiritual Care: Gespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 9: Spiritual Care: Grundhaltung „Dasein und Aushalten“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 10: Spiritual Care: Teamaufgabe durch Vermittlung an Seelsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thema 11: Spiritual Care: Rituale und Kreativität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn nein, warum nicht? _____

4. Was wären aus Ihrer Sicht die wichtigsten UNTERRICHTSZIELE, die bei den Hospizbegleiter/innen erreicht werden müssten?

Thema 8: Spiritual Care: Gespräch:

Thema 9: Spiritual Care: Grundhaltung „Dasein und Aushalten“:

Thema 10: Spiritual Care: Teamaufgabe durch Vermittlung an Seelsorge:

Thema 11: Spiritual Care: Rituale und Kreativität:

5. Stimmen Sie dem folgenden Satz zu?

„Die Schulungsinhalte und -methoden insgesamt sind geeignet, Hospizbegleiter/innen auf ihren Dienst vorzubereiten.“

überhaupt
nicht

voll und
ganz

1

2

3

4

5

☐☐☐☐☐

Warum? _____

6. Stimmen Sie folgender Aussage zu?

„Das Curriculum wird mir bei der Gestaltung des Unterrichts für die Hospizbegleiter/innen eine Hilfe sein.“

überhaupt
nicht

voll und
ganz

1

2

3

4

5

☐☐☐☐☐

Warum? _____

7. Wenn Sie nur 3 Themen für Ihren Kurs bei den Hospizbegleiter/innen auswählen könnten, welche wären diese?

- ☐ Thema 1: Definition von Spiritualität
- ☐ Thema 2: Spirituelle Bedürfnisse Sterbender und Angehöriger
- ☐ Thema 3: Spiritualität und existenzielle Krisen
- ☐ Thema 4: Spiritualität und Lebenssinn
- ☐ Thema 5: Spiritualität in Religion(en) und Kultur(en)
- ☐ Thema 6: Umgang mit Leid und religiöses Coping
- ☐ Thema 7: Spiritual Care: Grundsätzliches
- ☐ Thema 8: Spiritual Care: Gespräch
- ☐ Thema 9: Spiritual Care: Grundhaltung „Dasein und Aushalten“
- ☐ Thema 10: Spiritual Care: Teamaufgabe durch Vermittlung an Seelsorge
- ☐ Thema 11: Spiritual Care: Rituale und Kreativität

Warum? _____

8. Welche Anregungen haben Sie darüber hinaus?

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

a) Abbildungen

Abbildung 1: Forschungsprozess	46
Abbildung 2: Verteilung der an der Umfrage teilnehmenden Dienste auf die Bundesländer	54
Abbildung 3: Anzahl der ehrenamtlichen Hospizbegleiter in den einzelnen Hospizdiensten 2011	54
Abbildung 4: Anzahl der abgeschlossenen Sterbebegleitungen in den einzelnen Hospizdiensten 2011	55
Abbildung 5: Prioritäten innerhalb der elf Themen aus Sicht der Teilnehmer der Testschulung	89
Abbildung 6: Thematische Schnittstellen zu „Spiritualität und spirituelle Begleitung“ im Vorbereitungskurs ehrenamtlicher Hospizbegleiter	91
Abbildung 7: Verteilung der zur Umfrage eingeladenen ambulanten Hospizdienste	95
Abbildung 8: Unterschiede und Gemeinsamkeiten ehrenamtlicher Hospizbegleiter und Seelsorger	137

b) Tabellen

Tabelle 1: Trägerstruktur der ambulanten Hospizdienste	52
Tabelle 2: Mitgliedschaft der teilnehmenden Hospizdienste im Landesverband und Förderung nach §39a SGB V	52
Tabelle 3: Organisationsform der teilnehmenden Hospizdienste	53
Tabelle 4: Qualifikation der Referenten	57
Tabelle 5: Entscheidungsträger bei der Bestimmung der Unterrichtsziele	58
Tabelle 6: Verwendete Definitionen von Spiritualität im Kurskontext	59
Tabelle 7: Akzeptanz der Konfession des Trägers durch Hospizbegleiter	61
Tabelle 8: Sichtbarkeit der Konfession des Trägers durch Hospizbegleiter in der Begleitung	61

Tabelle 9: Vernetzung und Kooperation mit Seelsorge	61–62
Tabelle 10: Zusammenarbeit der Hospizdienste in konfessioneller Trägerschaft mit Seelsorge	63
Tabelle 11: Unterrichtsziele einer Spiritual-Care Schulung von Hospizbegleitern (Wissen, Fertigkeiten, Haltung).....	65–66
Tabelle 12: Themenkomplexe einer Spiritual-Care Schulung von Hospizbegleitern.....	67
Tabelle 13: Struktureller Aufbau des Curriculums in Version 1	76
Tabelle 14: Unterrichtsbausteine im Curriculum Spiritual Care für ehrenamtliche Hospizbegleiter	77
Tabelle 15: Hintergrund der Kursteilnehmenden	80
Tabelle 16: Einschätzung des Unterrichtsinhalts je Thema durch die Kursteilnehmer	81
Tabelle 17: Einschätzung des Unterrichtsumfangs je Thema durch die Kursteilnehmer	82
Tabelle 18: Einschätzung der Unterrichtsmethoden je Thema durch die Kursteilnehmer	83
Tabelle 19: Unterrichtsziele zu den elf Themen bezüglich Wissen, Fertigkeiten, Haltung	84–87
Tabelle 20: Struktureller Aufbau des Curriculums in Version 2	90
Tabelle 21: Konsequenzen multikultureller Lebensformen für die Begleitung	116–117
Tabelle 22: Spirituelle Bedürfnisse	118
Tabelle 23: Wichtige Unterrichtsziele ergänzend zu den elf Themen in Tabelle 19.....	129

Glossar

Gängige Bezeichnungen, die auf den ersten Blick selbsterklärend sind, haben durch Forschung und Praxis eine konkrete Ausprägung erfahren oder werden feldspezifisch verwendet. Deshalb muss deren Verwendung geklärt werden.

Angehörige

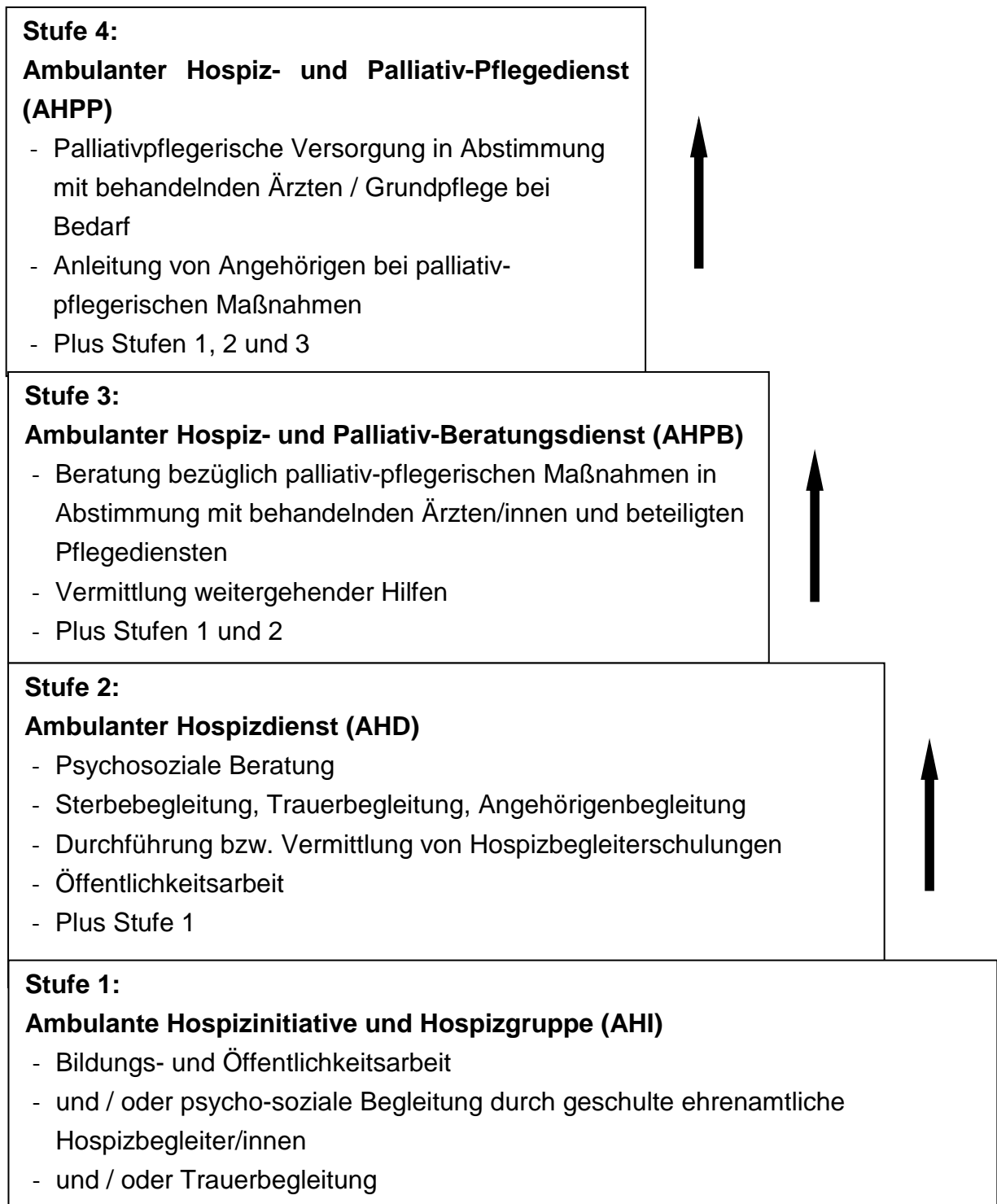
In Hospizarbeit und Palliative Care hat sich der Begriff Angehörige inhaltlich geweitet. Gemeint sind damit „alle verwandten, vertrauten, nahe stehenden und freundschaftlichen Beziehungen eines Menschen“ [Seeger 2014, S. 17]. Um sprachlich diese Weitung hin zu Menschen, die nicht verwandt, aber (freundschaftlich, nachbarschaftlich) eng verbunden sind, einzuschließen, werden deshalb vielfach die Begriffe Zugehörige, Nahestehende, Mitbetroffene verwendet. In der Literatur ist auch der Terminus „Unit of Care (Behandlungseinheit)“ [Hasemann 2007, S. 372] vorzufinden. In dieser Arbeit ist der Begriff „Angehörige“ grundsätzlich in diesem weiten Sinne von An- und Zugehörige, Nahestehende, Mitbetroffene, Freunde bzw. im Sinne der Unit of Care gemeint.

Seelsorger

Im Lauf der Jahren haben sich über professionelle, kirchlich beauftragte christliche Seelsorge, vertreten von Seelsorgerinnen und Seelsorgern, hinaus verschiedene Formen von Seelsorge auf ehren- und hauptamtlicher Basis etabliert. Die Begrifflichkeiten sind nicht verbindlich definiert. In der Fachliteratur gibt es verschiedene Verwendungen, so z.B. „Seelsorger“ für kirchlich beauftragte professionelle christliche Seelsorger und „Seelsorgende“ als Oberbegriff für alle, die Spiritual Care leisten wie Mitarbeitende, kirchliche Seelsorger und Angehörige [Nauer 2015, S. 134]. Mit der inhaltlichen und begrifflichen Differenzierung verschiedener Formen von Seelsorge wird sich diese Arbeit nicht beschäftigen. Deshalb ist in dieser Arbeit die Rede von Seelsorgenden im Sinne von professionellen Seelsorgerinnen und Seelsorgern christlich-kirchlicher Seelsorge.

Ambulante Hospizdienste

Diese Bezeichnung wird verwendet für alle ambulanten Dienste, die mit geschulten ehrenamtlichen Hospizbegleitern und unter der Leitung einer Koordinationskraft Sterbebegleitung im häuslichen Umfeld leisten. Ambulante Hospizdienste werden in Deutschland in vier Stufen eingeteilt [Sabatowski und Graf 2012, S. 113]:



Koordination

Koordination bezeichnet ein konkretes Aufgabenprofil in ambulanten Hospizdiensten. Koordinatoren haben u.a. die (gesetzlich verankerte) Aufgabe, die Aktivitäten des ambulanten Hospizdienstes und die Einsätze der Ehrenamtlichen zu koordinieren, Ehrenamtliche zu gewinnen, zu schulen und zu begleiten sowie palliative Beratung (pflegerisch, psychosozial) von sterbenden Menschen und Angehörigen anzubieten [Rahmenvereinbarung 2010, §3 (3)]. Dafür ist eine pflegerische Ausbildung (Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege, Kinderkrankenpflege) oder akademische Qualifizierung (Sozialarbeit, Psychologie, Theologie, Vergleichbares) erforderlich einschließlich mehrjähriger Berufserfahrung wie auch einer Fachweiterbildung Palliative Care (Basiskurs Palliative Care mit 120 bis 160 Unterrichtsstunden, Führungskompetenz mit 80 Unterrichtsstunden und Seminar zur Koordination mit 40 Unterrichtsstunden) [Rahmenvereinbarung 2010, §5].

Danksagung

Mein größter Dank gilt dem Doktorvater Prof. Dr. Traugott Roser! Diese Arbeit über zwei Universitäten (München und Münster), zwei Konfessionen (evangelisch und katholisch), zwei Sprachen (deutsch und englisch), zwei Disziplinen (Theologie und Medizin) und zwei Arbeitsfelder (Forschung und Praxis) hinweg zu begleiten erfordert Weitblick und Flexibilität. Mein Dank schließt im Einzelnen die Unterstützung in der Konzeption ab Stufe I, die Moderation in Stufe II, die Kursleitung in Stufe III und die durchgängige Beratung und Begleitung mit ein. Seine Fachkompetenz und Geduld sowie seine motivationsfördernde Persönlichkeit haben maßgeblich zum erfolgreichen Abschluss dieser Arbeit geführt.

Ohne die Fachkompetenz wissenschaftlicher und strukturgebender Art, den kritischen Blick sowie ohne den Humor von Dr. Piret Paal wäre der Forschungsteil in Stufe II und der Diskussionsteil mancher Originalarbeit, die parallel aus der Dissertation mit ihr als Mitautorin entstanden ist, anders ausgefallen. Ihre Fähigkeit zu wissen, zu welchem Zeitpunkt welche Ebene das Projekt einen Schritt voran bringt, war sehr förderlich.

All jenen, die in Testläufen, Umfragen und Kurskontexten ihre Erfahrungen mitgeteilt und Frage- bzw. Evaluationsbögen ausgefüllt haben, danke ich für ihre Teilnahme. Ohne ihre ehrliche Einschätzung zu unterschiedlichsten, auch persönlichen Fragen wäre das Projekt bereits in der ersten Stufe beendet gewesen oder über die zweite nicht hinausgekommen.

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen war wesentlicher finanzieller Förderer wie auch der Motor dafür, den Forschungsprozess nicht nach der zweiten Stufe mit der ersten Version des Curriculums abzuschließen. Die Bayerische Stiftung Hospiz hat die Testschulung maßgeblich finanziell getragen.

Auf keinen Fall vergessen möchte ich jene Referenten in Spiritual Care, die in den Forschungsprozess nicht eingebunden waren und deren reiche Erfahrungsschätze nicht in den Prozess eingeflossen sind. Es wäre nicht möglich gewesen, diese Schätze alle ausfindig zu machen und umfassend und wissenschaftlich korrekt einzuarbeiten. Daraus darf abgeleitet werden, dass es bezüglich der Schulung von Spiritualität und Spiritual Care noch viel zu verbessern und zu entdecken gibt und das publizierte Curriculum damit erst den Anfang eines Prozesses darstellt.

Dankbar bin ich den ehrenamtlichen Hospizbegleitern, die ich selbst in den vergangenen Jahren schulen und auf ihren Dienst an schwerkranken und sterbenden Menschen vorbereiten durfte, auch zum Thema Spiritualität. Weil sie bereit waren, ihre eigene Spiritualität mitzuteilen und ihr Handeln in der Praxis zu hinterfragen, war es möglich, den Forschungsprozess und das Curriculum von Anfang an auf eine praxisnahe Basis zu stellen.

Mein Dank gilt auch den vielen Toten, die mich in all den Jahren an ihrem Leben und Sterben teilhaben ließen, indem sie mir (nicht nur) in ihrer spirituellen Not ihr Vertrauen geschenkt haben.

Und schließlich und besonders danke ich dem Mann Ende Sechzig, der den Satz, er lebe in der Dreieinigkeit von Gott Vater, Sohn und Heiliger Geist ausgesprochen hat. Die Hospizbegleiterin damals war ich selbst. Ich danke ihm dafür, dass ich erleben durfte, wie tragfähig ein persönliches spirituelles bzw. religiöses Fundament, das über die Lebensjahre gewachsen und gereift ist, in der Lebenszeit des Sterbens sein kann. Heute weiß ich mehr denn je, wie wichtig es ist, als ehrenamtlicher Hospizbegleiter gut vorbereitet zu sein.

Eidesstattliche Erklärung

Gratz, Margit

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

Spiritual Care und ehrenamtliche Hospizbegleitung: Entwicklung und Evaluierung eines Schulungskonzepts

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, 16. November 2015

Ort, Datum

Unterschrift Doktorandin